

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180172645**
Vitima: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **02/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180172645**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

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

Carta nº 12686752



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180172645**

Vitima: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **02/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180172645**.

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 12690824



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180172645**
Vitima: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **02/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180172645**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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

Carta nº 12803640



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3180172645**
Vítima: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **02/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 3180172645** 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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3180172645**
Vítima: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **02/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 3180172645** 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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Carta nº: 13235844

A/C: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180172645
Vítima: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 02/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **0000015922-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARCIO FORTALEZA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4365531

EXPEDIDO POR SSV-PB

EM 12/05/15

CPF 911730534-02 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO ADVOGADO

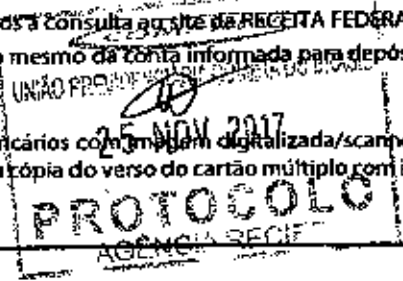
E RENDA MENSAL DE R\$ 980,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCIO FORTALEZA DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 196005 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2015122-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

COIANA, 16 de NOVEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

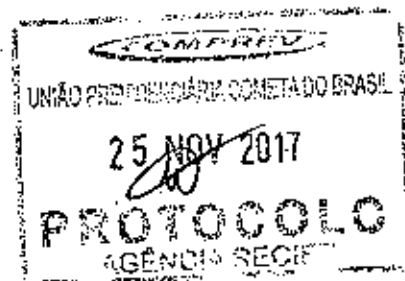
Marcio Fortaleza de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

411.370.534-02

Nome completo da vítima

Mário Ferreira de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Mário Ferreira de Oliveira		CPF titular da conta 411.370.534-02	Profissão Autônomo
Endereço Rua Antonio Roberto Duarte de Lima		Número 14	Complemento
Bairro Valentim	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58000-000
Email ludm.dpvat@gmail.com		Telefone (DDD) (53) 99100-5607	

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	☐ 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 NRO. 1456 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 01300015992 D/V 5 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (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, PB, 16 de março de 2015
Local e Data

X. Mário Ferreira de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180172645
Nome do(a) Examinado(a): Marcio Ferreira de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Roberto Duarte de Lima, 14 Ap 101
Valentina de Figueiredo Joao Pessoa PB CEP: 58063-047
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4365531
Data local do acidente: [02/09/2016]
Data local do exame: [23/07/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS CANULADOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA POR FALTA DE VAGAS NO SUS.

Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 19/01/2017

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA E QUADRIL DIREITO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

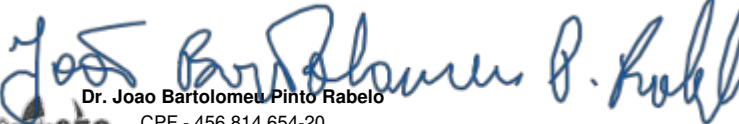
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



SDS

11ª USPC
60ª Circunscrição

Camutanga

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 60ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMUTANGA -
DP60CIRC DINTERIM/DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1650150000254

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/10/2016 às
10:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 20/10/16 às 00:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA CRUZ, 1 - Bairro: CENTRO -
CAMUTANGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCIO
FERREIRA DE OLIVEIRA**

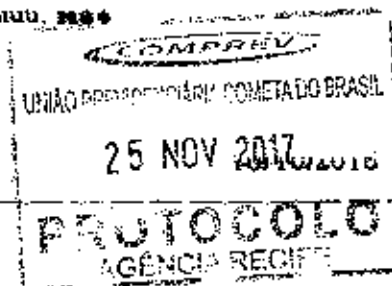
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: masculino/mas.
HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA Por ANTONIO DE OLIVEIRA FERREIRA Data de
Nascimento: 7/11/1988 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, 1, RUA S/N PESSOA, S/N, PRÓXIMO
AO BARRIO VALENTINA DE FIGUEIREDO - CEP: 55000-000 - Bairro: URBINO - JOÃO
PESSOA/PARAIBA/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**PAT/MOTOCICLETA PLACA QFW1157B (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a):
MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCIO
FERREIRA DE OLIVEIRA
Categoria/Identificação do objeto: MOTOCICLETA/HONDA/POB 100 Objeto apreendido: NÃO
COR: PRETA - Usos/Estado: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: 0745912 (PARABAGUÁ Pessoa) Remanejo: 0700000000 Classe: 002001000000000000
ANO Fabricação/Modelo: 2012/2017 LUMINUSVUL GASOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE TRANSITAVA EM VIA PUBLICA COM O VEICULO SUPRA, OCASIÃO EM QUE PASSOU EM UM BURACO MOLAS E UM DOS PUNHO DO VEICULO CAIU QUE QUICOU, TENDO ELE NOTIAMENTE PERDIDO O CONTROLE DA MOTO E CAIDO AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UNIDADE NISTA DESTA MUNICIPIO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EN PAULISTANA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR.

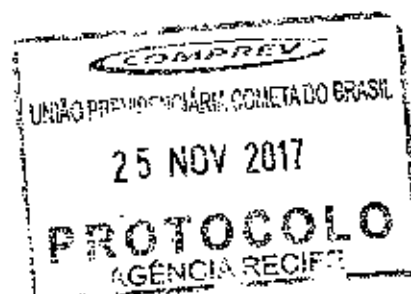
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Marcio Ferreira de Oliveira

**MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Jose Claudio Ferreira* - Matrícula: 2733810

CÓPIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 060ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMUTANGA - DP60ªCIRC
DINTER11/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0150000254**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/10/2016** às **10:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2016** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA CRUZ, 1** - Bairro: **CENTRO** - **CAMUTANGA/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA** Pai: **ANTONIO DE OLIVEIRA BEZERRA** Data de Nascimento: **7/11/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO PESSOA, 1, RUA BIU PESSOA. S/N, PROXIMO AO BAIRRO VALENTINA DE FIGUEIREDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO PESSOA/PARAIBA/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

PAS/MOTOCICLETA PLACA QFW9118/PB (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFW9118** (PARAIBA/JOAO PESSOA) Renavam: **010949433** Chassi: **9C2JB0100HR203944**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE TRANSITAVA EM VIA PUBLICA COM O VEÍCULO SUPRA, OCASIÃO EM QUE PASSOU EM UM QUEBRA MOLAS E UM DOS PUNHOS DO VEÍCULO SAIU QUE GUIDOM, TENDO ELE NOTICIANTE PERDIDO O CONTROLE DA MOTO E CAIDO AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DESTE MUNICÍPIO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM

17 ABR 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 060ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMUTANGA - DP60-CIRC
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0150000254**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/10/2016** às **10:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2016** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA CRUZ, 1 - Bairro: CENTRO - CAMUTANGA/PERNAMBUCO / BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA** Pai: **ANTONIO DE OLIVEIRA BEZERRA** Data de Nascimento: **7/11/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA, 1, RUA BIU PESSOA, S/N, PROXIMO AO BAIRRO VALENTINA DE FIGUEIREDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO PESSOA/PARAIBA/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

PAS/MOTOCICLETA PLACA QFW9118/PB (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFW9118 (PARAIBA/JOAO PESSOA)** Renavam: **010949433** Chassi: **9C2JB0100HR203944**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE TRANSITAVA EM VIA PÚBLICA COM O VEÍCULO SUPRA, OCASIÃO EM QUE PASSOU EM UM QUEBRA MOLAS E UM DOS PUNHOS DO VEÍCULO SAÍU QUE GUIDOM, TENDO ELE NOTICIANTE PERDIDO O CONTROLE DA MOTO E CAÍDO AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DESTA MUNICÍPIO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM

PAULISTA/PE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSE CLAUDIO FERREIRA** - Matrícula: **2733510**



Camutanga



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IM

Declaração de Inexistência de IML



Eu, MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 4365.537 SSP-PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 311.340.534-02, residente e domiciliado na SÍTIO QUINQUIM S/N - ALTA RUIM, Cidade CONGO, Estado PALATIA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CONGO-PB, 16/11/2017

Local e data



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Marcio Ferreira de Oliveira

CPF da Vítima

731.370.534-03

Data do Acidente

09/09/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

17 ABR. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Marcio Ferreira de Oliveira 16 de março de 2016
Local e Data

Marcio Ferreira de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

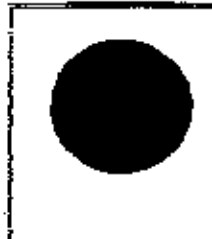
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/09/2016 11:34



Nome Paciente: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 94161
Data de Nascimento: 07/11/1995
Sexo: Masculino
Idade: 20
Senha: 0013
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 343350
SAME: 83864

Comprovacao de ato declaratorio



Período: 02/09/2016 12:00 - 02/09/2016 12:04

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PAC. TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITO E DESMAIO, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MID SIG.

Observação: NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

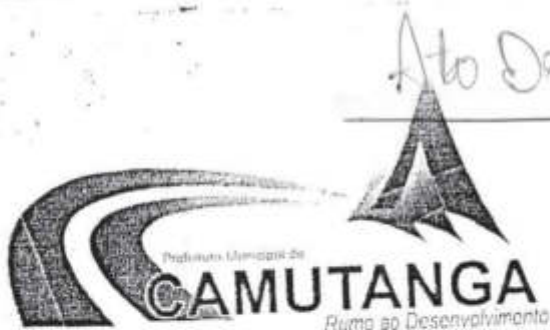
- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 85.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISÃO
NEPI - HMA



Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/09/2016 12:04



Ato Declaratório
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMUTANGA

Secretaria de Saúde

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

4993857

Encaminhamento de: _____ Para: Miguel Pereira
Nome: Miguel Pereira Oliveira Família Nº _____

Consulta Médica ☐

Serviço Complementar ☐

Hospitalização ☐

Motivo: _____

A - Via aérea permeável, sem consolidação

B - Mucosa nasal, S.O. $O_2 = 98\%$, RA

C - PCR BNF 27 - FC = 78 bpm

Último Tratamento: _____

D - Gado fluido, desidratado o pulmão

E - Malária, peso 10kg, S.O. 100%

L - ECG IS

F - Boa temperatura

D. José Carlos Moreira Sereira
Clínico Geral
CREMEPE 24196

Assinatura

02/09/16
Data

Retorno de _____

Para: _____

Nome: _____

Família Nº _____

Diagnóstico: _____

Orientação: _____

17 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Assinatura

Data

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000015922-5

Nr. da Autenticação D101BB1543E72EB4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIO FERNANDES OLIVEIRARG nº 4365531, data de expedição 12/05/15, Órgão SSP-PB

CPF nº 111320534-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO QUAMQUIM</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA VERM</u>
Cidade	<u>CONGO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>81-3626-7177 / 99449-3557</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GOIÂNIA-PB, 16/11/17

Assinatura do Declarante: Marcio Fernandes de Oliveira



ANTONIO DE OLIVEIRA BEZERRA
ST OLIMPIA, S/N - AREA RURAL
- CONGO / PB CEP: 58516000 (AO: 93)

Energisa

Cidade/Estado: RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONOFASICA
Rodovia: 8 - 88 - 727 - 7800
Nº medidor: 00001029401

Referência: Mai/2017
Emissão: 18/05/2017

ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade/Estado: João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.035.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Catálogo Energia Elétrica Nº000678-248
Código para Débito Automático: 00010208013

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1090951-3**

Mai/2017

Canal de contato

Apresentação

16/05/2017

Data prevista da próxima fatura

14/08/2017

CPE/ CNPI/ RANI

04214421491

RSC-EET

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Abr17	85
Mai17	0
Fev17	2
Jan17	12
Dez16	29
Nov16	44
Out16	126
Set16	147
Ago16	192
Jul16	187
Jun16	183
Mai16	47

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lettura	Data	Lettura	
13/04/17	5518	18/05/17	5548	33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			8,71
Adc. de Verificação			0,00
Substância			2,73
PIS			0,16
COFINS			0,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 03/2017			0,12
JUROS DE MORA 04/2017			0,00
MULTA 03/2017			3,21
MULTA 04/2017			0,58
Devolução Substância			-3,73

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	14,18	1,0757%	0,16
COFINS	14,18	4,9448%	0,70

VENCIMENTO

23/05/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,40

Média dos últimos meses

RESERVAÇÃO AO FISCO

25a3.f547.1e82.86e2.7e5c.a3c2.e847.8124

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Sum

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OC MENSAL	11,30	0,42	
OC TRIMESTRAL	22,61		
OC ANUAL	45,22		
FIC MENSAL	7,58	3,00	
FIC TRIMESTRAL	15,16		
FIC ANUAL	30,36		
DMS	8,18	0,70	
DCR	16,36		

Composição de valor total da sua conta

Determinação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	3,45	30,21%
Cargos de Energia	4,67	40,88%
Serviço de Transmissão	0,24	2,11%
Encargos Setoriais	1,25	10,96%
Impostos Oneros e Encargos	1,78	15,61%
Outros Serviços	0,00	0,00%
Total	11,40	

Valor de EUSO (Ref. 3/2017) R\$ 4,87

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 002.191.261

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARCOS ANTONIO FERREIRA DE OLIVEIRA
RUA ANTONIO ROBERTO DUARTE DE LIMA 14 AP 101
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1753651-7

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

15/02/2018

CONSUMO

207

VENCIMENTO

22/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 160,47

Acesse: www.energisa.com.br

Valentina 580 5341



MARCOS ANTONIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Roteiro: 09-005-520-2371
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/02/2018

VENCIMENTO

22/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 160,47

MATRÍCULA

1753651-2018-02-3

(83) 9831-5088
(83) 99100-5607

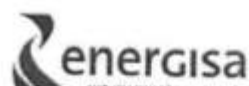


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 002.654.308



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-480
CNPJ 09.295.183 / 0001-40 Ins. Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

23/02/2018

CONSUMO

183

VENCIMENTO

02/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 378,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83630000003-8 78300149000-3 10823142018-4 02000006019-2

VENCIMENTO

02/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 378,30

MATRÍCULA

1082314-2018- 02-0



ATENÇÃO: 343331

RECEBEMOS

Documentação médico-hospitalar

PACIENTE: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
 NASCIMENTO: 7/11/1965 IDADE: 20 SEXO: MASCULINO
 MÃE: HELENA FERRERA DE OLIVEIRA
 ENDEREÇO: RUA SANTA CRUZ, NÚMERO:
 BAIRRO: CENTRO
 CIDADE: CAMUTANGA

CIDADE MUNICIPAL DE CAMUTANGA

SECRETARIA DE SAÚDE
 de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: **01**

TRAUMA

Identificação / Ocorrência

Nome: Marcio Ferreira de Oliveira Idade: 20 Sexo: M
 Local da Ocorrência: Centro Médico Regulador: Dr. K
 Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro:

Destino

Local: para Hospital Miguel Proiet ORE:

Tempo Resposta - Horário: Anexar Ficha da Central de Regulação - Tipo de Agravamento (Natureza da Ocorrência)

Cinematográfica / Causa

☐ Queda > 5m ☐ Queda > 5m ☐ Queda Próxima Altura ☒ Queda de Moto ☒ Sem Capacete no Incidente ☐ Capacete Refogado por Tiro
☐ Colisão Frontal ☐ Colisão Lateral ☐ Colisão Traseira ☐ Atropelamento ☐ Carro ☒ Moto ☐ Bicicleta ☐ Carro x
☐ Moto x Moto ☐ Carro x Ônibus ☐ Capotamento ☐ Sem Cinto de Segurança ☐ Outro:
☒ Número de Vítimas no Local: 01 ou Dentro do Veículo ☐ Ar Bag não Acionado ☐ Dr ☐ Esp
☐ Alogamento Grav ☐ Queimadura Grav ☐ Choque Elétrico ☐ Desabamento ☐ FIB ☐ FAF
☐ Outro:
☐ Acidente de Esporão ☐ Agravamento Física
☐ Intoxicação Exógena: Pesticida de ☐ Escorpião ☐ Abelha ☐ Cobra ☐ Aranha
☐ Envenenamento Por

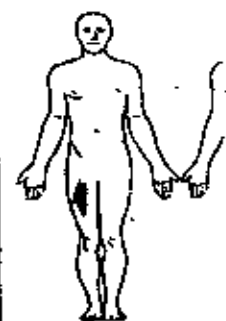
Exame Físico

Encostado ☐ Decúbito Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Sentado ☐ Dentro do Veículo
☐ Fora do Veículo ☐ Desabamento ☐ Em Cama de ☐ Outro:
 Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Algo Desorientado ☐ Hábito Ético
☐ Alusão de Orogas ☐ Sonolento ☐ Incoerente ☐ Agitado ☐ Coma ☐ Outro:
 Dor: ☒ Não / Local: função direita ☐ Parestesia / Local:
☐ Outra:

Lesões Apresentadas:

☐ Escorções / Local:
☐ Perfuração / Local: no pulso ☐ Contusão Articular / Local:
☐ Contusão Muscular / Local:
☐ Fratura Incompleta / Local:
☐ Suspeita de Fratura / Local: função D ☐ Fratura Completa / Local:
☐ Entorse / Local: ☐ Estiramento Muscular / Local:
☐ Ruptura Muscular / Local: ☐ Câimbra / Local:
☐ Dor muscular Local: ☐ Edema / Local:
☐ Hematoma / Local: ☐ Equimose / Local:
☐ Outro:

Identifique a Lesão



Identificação das

- ☐ Mutilação
☐ Morte
☐ Incapacidade
☐ Antropocídio

Dados Vitais

VVAA: ☒ Livre ☐ Obstruído / Respiração PR Inicial: em Final em Pulso Radial ☒ Presente ☐ Ausente
 FC Inicial: em FC Final em Escala de Coma de Glasgow ☐ > 5 ☐ < 2 Pz (mm Hg) ☐ > 90 ☐ < 90
 Padrão Respiratório: ☐ Regular ☐ Irregular - Período MMSS ☐ < 2 Segundos MMH ☐ < 2 Segundos - Saturação

Procedimentos Realizados

☒ Coto Cervical Tor: 1 ☐ Exatidão Lateral de Cabeça: ☐ Tirantes: ☒ Prancha Rígida: ☐ Rod: ☒ Tábua de E:
☐ A VJ com Abocath N°: ☐ MSE ☐ MSD / ☐ SFL ml SF 0,3% ml / Medicação:
 O21/min: ☐ Masca com Reser: ☐ Cateter Nasal: ☒ Imobilização: ☐ MSE ☐ MSD ☐ MIE ☐ MID / ☐ Maca a Vácuo
☐ Imobilização de Objetos Impalado: ☐ Edificação: ☐ Curativo: ☐ Compressivo ☐ Simples ☐ Tríplice Oculto / Local:
☐ Olio O / ☐ Velpeau / Local: ☐ Ventilação com Ambu / Aspiração das VVAA / Outros:

Identificação da Equipe (Nome e Não Assinatura)

Enfermeiro: Notamios Coordenador: Dr. Bem
 Condução: Notamios Supervisão de Enfermagem: Dr. Bem
 Recusa: Notamios Assinatura: Notamios
 Nome: Notamios Assinatura: Notamios

25 NOV 2017

PROTOCOLO
 AGENCIA RECIFE

Ficha de Cirurgia Descritiva

Nº de Cirurgia: 38353	Sala: 0002 SALA 02	Atendimento: 343417
Paciente: 94161	MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA	Carteira:
Idade: 1	SUS - INTERNACAO	Idade: 20 Anos 27 Anos
Sexo: 779	VERD2EXTRA	
Data: 03/09/2016 11:20	Dt. Fim: 03/09/2016 12:20	
Local: S720	FRATURA DO COLO DO FEMUR	
Operatório: S720	FRATURA DO COLO DO FEMUR	

Procedimentos

Procedimento: 0408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO COLO FEMORAL DIR
CIRURGIA: OSTEOSINTESE DO FEMUR DIR COM PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM
CIRURGIAO: DR. ANTONIO
AUXILIO: DR. YURI MRZ
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA
COMENTARIOS DURANTE A CIRURGIA:
CIRURGIA
ACUSITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO
ASCEPSIA + ANTISEPSIA
INSISÃO EM FACE LATERAL DO QUADRIL DIR
DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA
INSERÇÃO DE 3 FIOS GUIAS EM FORMATO TRIANGULAR NO COLO FEMORAL E CHECAGEM NO INTENSIFICADOR DE
RIGIDENS
RESAGEM DO TRAJETO E INSERÇÃO DE PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM Nº 105MM, 110 E 100MM COM 3 ARQUEIAS
LAVAGEM COM SF0.9% 1000ML
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO
OBSERVADO BOA PERFUSÃO CAPILAR PERIFÉRICA EM MID

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
15/09/16
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Yuri Salter
CRM-PE 23.371

03/SET/2016

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A
CRM: 19797



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA REG: 94161

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
2/9/2016	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PCT COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 03 HORAS
	APRESENTANDO DOR EM QUADRIL DIREITO. RX EVIDENCI-
	ANDO FRATURA DE COLO DO FEMUR DIREITO.
	EGB, EUPNEICO, CORADO HIDRATADO AFEBRIL
	CONSCIENTE E ORIENTADO.
	DOR EM QUADRIL DIREITO À PALPAÇÃO/MOBILIZAÇÃO.
	NV PRESERVADO. DISCRETO ENCURTAMENTO E ROTAÇÃO
	EXTERNA DE MID
	HD: FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
	Dr. Bernardo Sampaio Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 23.950
	25 NOV 2017
	PROTOCOLO AGÊNCIA REGISTRO
	# Enfermagem # 02-09-16
	às 14:00h - paciente segue em
	avaliação e tratamento especializado. este
	paciente, com história de trauma, com sup
	apresenta fratura do colo do fêmur
	D, a qual está sendo tratada p/o
02/09/16	BE.
18:45	Interferência

Bloco Cirúrgico

Paciente mobilizado para o bloco cirúrgico (02 expostos) + 01 anupul (transfusão)

Rx = fratura tíbia prox?
artefato?

1) Solu de joelhos

2) Libero Direto; Leno após 2h.

DADOS DO PACIENTE

18:50K

Paciente: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA** Prontuário: 94161
Idade: 20a 9m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 7/11/1995
Profissão: Escolaridade: Telefone: 36521437 CEP 55930000
R.G.: 4365531 C.P.F.: Endereço: RUA SANTA CRUZ - CENTRO - CAMUTANGA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 2/9/2016 17:34
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERDE2EXTRA
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: FATURADO 15/09/16
Endereço: Número: CLAUDEVAN SOUSA FATURISTA
Telefone: Cidade: Estado civil: *[Assinatura]*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04, 09, 16 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: *[Assinatura]*
Diagnóstico Principal..... *Fatiga pelo do fígado*
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento..... *Dr. R. Sormane de Carvalho 70*
Médico e CRM: *Dr. Luiz Augusto de Carvalho CRM 13925 SBOT 11182*

[Assinatura]
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos médicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e cirúrgico) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

[Assinatura]
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

UNião Preventivista Conecta do Brasil
25 NOV 2017
PROTÓCOLO

**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**Atendimento: **343350**Data e Hora: **02/09/2016 11:50**

Senha da Classificação:

0013Paciente: **94161 MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA**Sexo: **MASCULINO**Data do Nascimento: **07/11/1995** Idade: **20 anos** Convenio: **2 SUS - EXTERNO / URGENCIA**Nome da Mãe: **HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA** Nome do Pai: **ANTONIO DE OLIVEIRA BEZERRA**Estado Civil: **SOLTEIRO**Nome do Médico: **PLANTONISTA ORTOPEdia**CRM: **12346**Endereço: **RUA SANTA CRUZ**- **ASSENTAMENTO**Bairro: **CENTRO**Cidade/UF: **CAMUTANGA****PE**Usuário Atendimento: **JOSAFAXA****Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

LESÃO COM RELATO DE Queda de muito alto (3m) fixurada com dor em toda a R. Necessidade de atendimento. Nausea, vômito ou perda da consciência. Necessidade de uma cirurgia (abertura da

Exame Físico

A: VAS AGÜES PELEAS

B: RESPOSTA SEM D.E. ALGUNA

C: SEM SINAIS DE INFLAMAÇÃO, SEM SANGUINAMENTO ATIVO

D: ECG AS

E: FERIMENTO EM PÉLOS, SUPERFÍCIE A D.R. DE E.L. O PROXIMO A SIB QUATRO ANOS

Hipótese Diagnóstica

FRATURA FECHADA DO FÊMUR D.R.?

Prescrição Médica

SOLICITOU PLACAS E FIOS DE TRATAMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

25 NOV 2017**PROTOCOLO**
AGÊNCIA REGISTRO

Dr. Bernardo Sampaio

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 23.950

D. P. 100ml AG + 100ml EV 1/1000

TRATAMENTO 100ml + 100ml SFO. 9% EV NOVA

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Bernardo Sampaio

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 23.950

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

RX EU. DEIXANDO FRATURA DO LOM DO FÊMUR D.R.

INTERNO

NO BLOCO, SÓ O BOM, TRATAMENTO DO D.R. NOVA.

Dr. Bernardo Sampaio
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.950



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES HT-343417	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA			8 - Nº Prontuário	94161
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
160494626080002	07/11/1995	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA			12 - Telefone de Contato	8136521437
13 - Nome Responsável	MARINALVA			14 - Telefone de Contato	38521437
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SANTA CRUZ, - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
CAMUTANGA	260360	PE	55930000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HA 03H-APRESENTANDO DOR EM QUADRIL DIREITO. RX EVIDENCIANDO FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO
21 - Condições que justificam a internação	TIPO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	EXAME CLINICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID-10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO	S720	W199 V29.9	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	0408950489		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPE) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	00) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	02/09/2016	Dr. Bernardo Sampaio Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 51.950	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E280000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPE) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16963 - TEOT 12554

25 NOV 2017

Código do Laudo: 343350

PROTOCOLO
GÊNCIA RECIFE

AIH
261610115091-6

Atendimento: 343417

Dt Atendimento: 02/09/2016 - 17:34

Dt Alta: 04/09/2016 - 14:11

Paciente: 94161 MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 191 ISOLAMENTO OESTE

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: NILMAHS

CID: S720

FRATURA DO COLO DO FEMUR

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS-LIMA DA SILVA



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Nauro Figueira de Oliveira REGISTRO Nº: 94.161
 IDADE: 29a SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 02/11/16 DATA DA ALTA: 04/11/16

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fratura Col do Fêmur (D)

TRATAMENTO REALIZADO: Ds q parafuso 7.0 mm

ORIENTAÇÕES:

Permanecer em alta (5) Lab Pisar (5) Mantém uso de
uso q de parafuso (11) apoiado apoiado (1) (10/11)

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒

NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL

Jr. Luiz Antonio de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 CR 1-PE 12523 SBOT 11142

UNIAO PROFISSIONARIA COMETA DO BRASIL
 25 NOV 2017
 PROTOCOLO
 GEND 1801

ASSINATURA MÉDICO E CRM



HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ



RECEITUÁRIO

Marcia Ferreira da Oliveira
Lendo médica

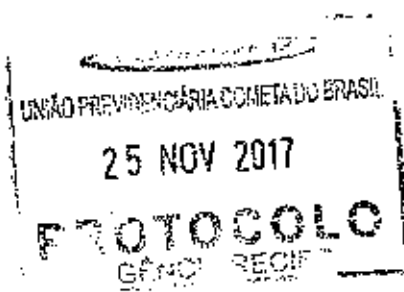
Atesto para as devidas fins.
que o paciente acima foi
submetido ao tratamento com
de fratura do colo de fêmur (D)
03/09/16. Evolui com marcha
claudicante. Prescrito 30 dias
de fisioterapia para treino da
marcha.

CID : S72.0

25.10.16

Marcia Ferreira da Oliveira
CRM 24.116

O LESTE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Mário Ferreira de Oliveira

foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 02, 09, 16 CID: _____



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros : _____

Paulista, 04 de 09 de 20 16

Dr. Luiz Antonio de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CS 1-PE 13925 SBOT 11182

Médico





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBÁ,
PAULISTA/PE. CEP: 55.413-000
FONE: (81) 3181-9600

FISIOTERAPIA

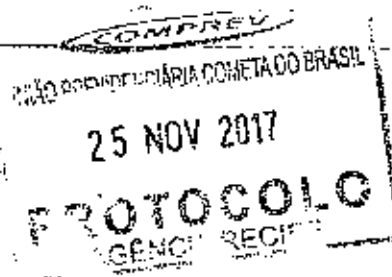
(Grupo de ortopedia)

NOME: Marcia Furtado de Oliveira

Solicito 30 sessões de fisioterapia motora para ganho de ADM ☒ controle
álgico ☒ reforço muscular _____ (), treino de marcha ☒ e
propriocepção (). Paciente submetido ao tratamento de:
Ex colo Firmus (D)


(Médico)

25 10 / 16
Data:





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP

RECETUÁRIO

Mãe Forain de Oliveira

2

do Dd.

DISPENSADO

(I) Ceftriaxona 500mg — 13x

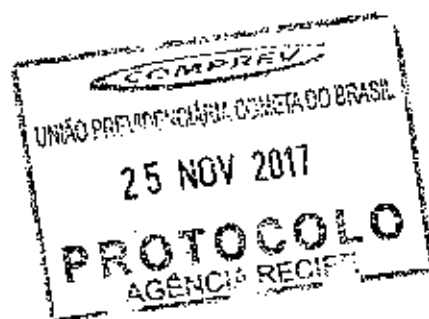
dosar 01 comp. Via Oral.
de 6/6h, por 7 dias.

(II) Amoxicilina 1000mg — 01x.

dosar 01 comp. Via Oral
2/12h, por 7 dias.

Dr. Luiz Antonio de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
SE 1.9E 13925 SBOT 41182

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS



NOME: Marcio Ferreira de Oliveira IDADE: _____

REGISTRO: 94161 ENF: _____ AMBULATÓRIO: ☐ EXTERNO: ☐

CLASSIFICAÇÃO: EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ CONTROLE ☐

DATA: 1 / 1 / 1

EXAME: RX Anodril @ Ap/ perfil

MOTIVO: _____

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO: _____

DATA: 1 / 1 / 1

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

4993857

Encaminhamento de: _____ Para: Miguel Alves

Nome: Miguel F. Moreira Oliveira Família Nº _____

Consulta Médica ☐

Serviço Complementar ☐

Hospitalização ☐

Motivo: _____

Último Tratamento: _____

A - Via aérea patológica, com consolidação
B - MVOXIT 1000 Sat O₂ = 98% M
C - BCR BNF 24 FC = 78 bpm
D - Exame físico, diagnóstico de pneumonia
L - Prescrito, pelo médico, SAT 1000
E - ECG IS
F - Boa temperatura.


Dr. Geyza da Silva Moreira
Médico Geral
CRM 24196

Assinatura

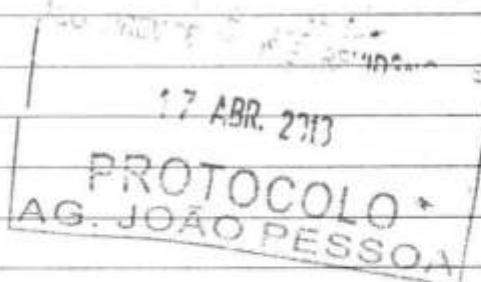
02/09/16
Data

Retorno de _____ Para: _____

Nome: _____ Família Nº _____

Diagnóstico: _____

Orientação: _____


17 ABR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Data

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Natário Figueira de Oliveira REGISTRO Nº: 94.161
IDADE: 20a SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 02/9/16 DATA DA ALTA: 14/09/16

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fratura do fêmur (D)

TRATAMENTO REALIZADO: DS e parafuso 7.0 mm

ORIENTAÇÕES: 5) Lab Pisae (I) Mantém medicação
penicilina na alta (III) Repetir exame (IV) Retor
em 02 meses

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒

NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL

Dr. Luiz Antonio de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CR. 1.º PE 13825 EBOT 11152

ASSINATURA MÉDICO E CRM

17 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ATENDIMENTO: 343350

REGISTRO: 94161

PACIENTE: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
 NASCIMENTO: 7/11/1995 IDADE: 20 SEXO: MASCULINO
 MÃE: HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA
 ENDEREÇO: RUA SANTA CRUZ, NÚMERO:
 BAIRRO: CENTRO
 CIDADE: CAMUTANGA

CIDADE MUNICIPAL DE CAMUTANGA

SECRETARIA DE SAÚDE
 de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 01

TRAUMA

Identificação / Ocorrência

Data: 02/09/2016 Hora: 13:04 Paciente: Marcio Ferreira de Oliveira Idade: 20 Sexo: M
 Local da Ocorrência: Centro Médico Regulador: Dr. B
 Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate/Bombeiros ☐ Resgate/PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro:

Destino

Local: Hosp. Miguel Arraes Responsável: OBS:
 Tempo Resposta - Horário: Anexar Ficha da Central de Regulação - Tipo de Agravo (Natureza da Ocorrência):

Cinematográfica / Causa

☒ Queda < 5m ☐ Queda > 5m ☐ Queda Própria Altura ☒ Queda de Moto ☒ Sem Capacete no Incidente ☐ Capacete Retirado por Terceiro
☐ Colisão Frontal ☐ Colisão Lateral ☐ Colisão Traseira ☐ Atropelamento ☐ Carro ☒ Moto ☐ Bicicleta ☐ Carro x Carro
☐ Moto x Moto ☐ Carro x Ônibus ☐ Capotamento ☐ Sem Cinto de Segurança ☐ Outro: ☐ Carro ☒ Moto ☐ Bicicleta ☐ Carro x Carro
☒ Número de Vítimas no Local: 01 ou Dentro do Veículo ☐ Ar Bag não Aconchegado ☐ Dr ☐ Esq
☐ Nêquecimento Grau: ☐ Queimadura Grau: ☐ Choque Elétrico ☐ Desabamento ☐ FAB ☐ FAF
☐ Outro: ☐ Acidente de Esporte ☐ Agressão Física
☐ Intoxicação Exógena: Picada de ☐ Escorpião ☐ Abelha ☐ Cobra ☐ Aranha
☐ Envenenamento Por:

Exame Físico

Posição: ☐ Pronado ☐ Decúbito Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Sentado ☐ Dentro de Veículo
☐ Fora de Veículo ☐ Desambulando ☐ Em Cima de: ☐ Outro:
 Nível da Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Algo Desorientado ☐ Hálio Estílo
☐ Abuso de Drogas ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Agitado ☐ Coma ☐ Outro:
 Queda: ☒ Direta / Local: fume direito ☐ Parestesia / Local:
☐ Outra:

Lesões Apresentadas:

☐ Escoriações / Local: ☐ Corte / Local:
☐ Perfuração / Local: no queixo ☐ Contusão Articular / Local:
☐ Contusão Muscular / Local: ☐ Luxação / Local:
☐ Fratura Incompleta / Local: ☐ Fratura Completa / Local:
☐ Suspensa de Fratura / Local: fume D ☐ Fratura Exposta / Local: ABR 277
☐ Entorse / Local: ☐ Estriamento Muscular / Local:
☐ Ruptura Muscular / Local: ☐ Câmara / Local:
☐ Dor muscular / Local: ☐ Edema / Local:
☐ Hematoma / Local: ☐ Equimose / Local:
☐ Outro:

Identifique o Loc.



Identificação das

- ☐ Midriase
- ☐ Miose
- ☐ Isocóricas
- ☐ Anisocóricas

Dados Vitais

VVAA: ☒ Livre ☐ Obstruída / Respiração FR Inicial: ☐ rpm Final: ☐ rpm / Pulso Radial: ☒ Presente ☐ Ausente
 FC Inicial: ☐ bpm FC Final: ☐ bpm Escala de Coma de Glasgow: ☐ > 8 ☐ < 9 Pas (mm Hg): ☐ > 90 ☐ < 90
 Padrão Respiratório: ☐ Regular ☐ Irregular - Perfusão MMSS ☐ < 2 Segundos MMII ☐ < 2 Segundos - Saturação:

Procedimentos Realizados

☒ Colar Cervical Tam: M ☐ Estabilizador Lateral do Cabeça: ☐ Tirantes: ☒ Prancha Rígida: ☐ Red: ☒ Talas do E:
☐ A/V/E com Abocath N°: ☐ MSE: ☐ MSD: ☐ SRL: ☐ ml SF 0,9%: ☐ ml / Medicação:
 O2 4l/min: ☐ Máscara com Reserv: ☐ Cateter Nasal: ☒ Imobilização: ☐ MSE: ☐ MSD: ☐ MIE: ☐ MID: ☐ Mace a Vácuo
☐ Imobilização de Objetos Impalado: ☐ Exatcação: ☐ Curativo: ☐ Compressivo: ☐ Simples: ☐ Irrigação Ocular / Local:
☐ Olio D: ☐ Vepeau / Local: / Ventilação com Ambu / Aspiração das VVAA / Outros:

Identificação da Equipe (Nome e Não Assinatura)

Enfermeiro: Conden:
 Condução: Natavio Supervisão de Enfermagem (Via):
 Recusa:
 Nome:
 Assinatura:
 Técnico de Enfermagem: Zealido Salvinho da Silva
 Tcc. Enfermagem:
 Coren-PE 762.897
 Dr. Berna
 Ortopedia
 CRM:



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES AT=343417	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA	94161			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
160494626080002	07/11/1995	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA	8136521437			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MARINALVA	36521437			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA SANTA CRUZ, - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
CAMUTANGA	260360	PE	55930000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 03H APRESENTANDO DOR EM QUADRIL DIREITO. RX EVIDENCIANDO FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO			
21 - Condições que justificam a internação			
TTO CIRÚRGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
EXAME CLÍNICO			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO	S720	W190	V29.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	0408050489		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	☒ X) CNS ☐ () CPF	980016278437533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	02/09/2016	Dr. Bernardo Sampaio Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 23.950	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ☐ Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ☐ Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
☐ CNS ☐ CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 12551

Código do Laudo: 343350

AIH
261610115091-6

RA: 75773143 - MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA 20 anos 9 meses 26 dias Sexo :

M

Dr.(a): NI - ILEGÍVEL

Entrada: 02/09/2016 22:35:40

Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARRÃES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontoário: 94161 Cód.SUS: Local de Entrega: EV02-EMERGENCIA VERDE 02

Coleta Estimada: 02/09/2016 22:35:00

Jejum : 00:00

Data de Nascimento : 07/11/1995

HEMOGRAMA

Resultado Atual		Resultados Anteriores			Valor de Referência		
		Cauda Evolutivo			Homens	Mulheres	
ERITROGRAMA							
Hemácias	5,05	10 ⁶ /μL	---	---	---	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 10 ⁶ /μL
Hemoglobina	13,4	g/dL	---	---	---	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	39,4	%	---	---	---	40 - 52	35 - 47 %
VCM	78,0	fL	---	---	---	80 - 100	80 - 100 fL
HCM	26,5	pg	---	---	---	27 - 32	27 - 32 pg
CHCM	34,0	g/dL	---	---	---	32 - 37	32 - 37 g/dL
RDW	13,7	%	---	---	---	Até 15	Até 15 %

DISCRETA MICROCITOSE ;

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	11300 /uL	---	---	100 %	3500 - 11000 /uL
Neutrófilos	82,3 %	9300 /uL	---	---	50 - 70 %	2500 - 7000 /uL
Eosinófilos	0,7 %	79 /uL	---	---	1 - 6 %	100 - 600 /uL
Basófilos	0,2 %	23 /uL	---	---	0 - 2 %	0 - 200 /uL
Linfócitos	11,1 %	1254 /uL	---	---	20 - 30 %	1000 - 3000 /uL
Monócitos	5,7 %	644 /uL	---	---	2 - 12 %	100 - 800 /uL
Plaquetas	350.000	/uL	---	---	150.000 - 450.000	/uL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cientificalab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

Data Assinatura: 02/09/2016 23:06:03

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Tempo

Atividade de Protrombina

INR

14,5 seg.

65 %

1,27

Valor de Referência:

De 10,4 a 12,6 seg.

Atividade: Superior a 70%

INR: Até 1,2

Material: PLASMA

Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO

 DR. FELIPE ROGERIO FERREIRA DA SILVA
 BIOMÉDICO

Data Assinatura: 02/09/2016 23:18:00

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE 5325

Data da Impressão: 03/09/2016 09:11:11 Página: 1/1

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 343350 Prontuário: 94161 SAME: 83864 Hora Atend: 11:50 Data Atend: 02/09/2016
Paciente..... : MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Endereço..... : RUA SANTA CRUZ
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CAMUTANGA UF.: PE CEP: 55930000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 02/09/2016 Hora Saída : 17:33

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/09/2016 11:34



Nome Paciente: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 94161
Data de Nascimento: 07/11/1995
Sexo: Masculino
Idade: 20
Senha: 0013
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 343350
SAME: 83864



Período: 02/09/2016 12:00 - 02/09/2016 12:04

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PAC. TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITO E DESMAIO, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MID SIC.

Observação: NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 85.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISÃO
NCP1 - HMA



Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/09/2016 12:04

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA** Prontuário: 94161
Idade: 20a 9m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 7/11/1995
Profissão: Escolaridade: Telefone: 36521437 CEP 55930000
R.G.: 4365531 C.P.F.: - CENTRO - CAMUTANGA - PE
Endereço: RUA SANTA CRUZ
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 2/9/2016 17:34
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERDE2EXTRA
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 15/09/16
Endereço: Número: CLAUDEVAN SOUSA
Telefone: Cidade: Estado civil: *[Assinatura]*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/09/16 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: *apelo*
Diagnóstico Principal.....: *Fratura do fêmur D*
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: *Ort. e profusão fechada 7.0*
Médico e CRM: *Dr. Luiz Antonio de Carvalho*
[Assinatura]
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

[Assinatura]
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Ficha de Cirurgia Descritiva

Nº de Cirurgia: 38353 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 94161 MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA Atendimento: 343417
Ido Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Ido: 779 VERD2EXTRA Idade: 20 Anos 27 (mm)
Dt. Início: 03/09/2016 11:20 Dt. Fim: 03/09/2016 12:20
Sala: S720 FRATURA DO COLO DO FEMUR
Sala: S720 FRATURA DO COLO DO FEMUR

Procedimentos

Procedimento: 0408050489 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) (PRINCIPAL)
(SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA DO COLO FEMORAL DIR
CIRURGIA: OSTEOSINTESE DO FEMUR DIR COM PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM
CIRURGIÃO: DR. ANTONIO
AUXILIO: DR. YURI MR2
AUXILIO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
CONTINUES DURANTE A CIRURGIA:
CURACAO
POSICAO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO
ASCEPSIA + ANTISEPSIA
INSICAO EM FACE LATERAL DO QUADRIL DIR
DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA
INSERÇÃO DE 3 FIOS GUIAS EM FORMATO TRIANGULAR NO COLO FEMORAL E CHECKAGEM NO INTENSIFICADOR DE RAIO X
POSICAO DO TRAJETO E INSERÇÃO DE PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM N° 105MM, 110 E 100MM COM 3 ARRUELAS
LAVAGEM COM SF0,9% 1000ML
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO
OBSERVADO BOA PERFUSÃO CASPILAR PERIFÉRICA EM MID

17 ABR 2016
AG. JOÃO PESSOA
PROCOLO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
15/09/16
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Yuri Salter
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.371

03 SET 2016

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A
CRM: 19757

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA REG: 94161

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
2/9/2016	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PCT COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 03 HORAS
	APRESENTANDO DOR EM QUADRIL DIREITO. RX EVIDENCI-
	ANDO FRATURA DE COLO DO FEMUR DIREITO.
	EGB, EUPNEICO, CORADO HIDRATADO AFEBRIL
	CONSCIENTE E ORIENTADO.
	DOR EM QUADRIL DIREITO À PALPAÇÃO/MOBILIZAÇÃO.
	NV PRESERVADO. DISCRETO ENCURTAMENTO E ROTAÇÃO
	EXTERNA DE MID
	HD: FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
	Dr. Bernardo Sampaio Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 23.950
	AG. PROTOCOLO 17 ABR. 2016
	# Enfermagem # 02-00-PE-50
	do 17-00-16 - paciente seguiu com
	evolução e orientado, eupneico, afe-
	bril, com aleitamento com seio
	apresentando dor no colo do fêmur
	D, avaliada e encaminhada p/ o
	BC.
02/09/16 18:45	

Bloco Cir

Paciente mobilizado para cl. 03 cir. intraductos (02 expostos) + 01 anqu. (instituído)

Rx = fratura tibia prox?
Articulação?

1) Solu. de joelhos

2) Libera Ureth; dor após sh.

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



MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
CARTÃO DE IDENTIDADE

...VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL...

REGISTRO GERAL 4.365.531 DATA DE EMISSÃO 12/05/2015
NOME MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA BEZERRA
HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA
NATURALIDADE JOÃO PESSOA - PB DATA DE NASCIMENTO 07/11/1995
DDD ORIGINÁRIO CERT. NASC. Nº 4213 - LVA-5 - FLS. 151 - CARTÓRIO 10º JOÃO PESSOA - PB
LEI Nº 7.118 DE 29/06/89

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 711.370.534-02
Nome MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Nascimento 07/11/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



COMPREV
UNião Previdenciária do Estado do Brasil
25 NOV 2017
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

L-237




Marcio Ferreira de Oliveira
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.365.531.

DATA DE EXPEDICAO 12/05/2015

NOME MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA BEZERRA
HELENA FERREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 07/11/1995

DIG. ORIGIN. CERT. NASC. Nº 4213 - LIV. A-5 - FLS. 151 - CARTORIO 10º JOÃO PESSOA-PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

17 ABR. 2015
PROCOLO
AG. JOAO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 711.370.534-02

Nome MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento 07/11/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA OPÇÃO SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-005

Daniilo de Araújo Nobre Leite

SIGNATURA TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

17 ABR. 2010

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.929.439 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2010

NOME DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

PAI FRANCISCO NOBRE LEITE

MÃE CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE

NATURALIDADE PIANCÓ-PB DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977

DOC. CIVIL CASAM N. 5007 FLS. 107 LIV. B-19

CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF 021.762.164-31

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 24/06/53

DUT

CONTRAN

DENATRAN

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

TRANSPORTES RODOVIÁRIOS - CONTRAN

DETRO, PJ 1 018824515750

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

ABRIL 20160000359318-4

1 0109494337-9 00/00000000 2016

MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

1137053402 QF9118/PB

NOVO PB 9C2AB0100HR203944

PASS/MOTOCICLE/MO APULC GASOLINA

HONDA/POE 1101

2 R/209 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA DADO EM 18/08/2016

P 2016 2017

A 0 2

A 7 ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DADO PBSSON-PB

41947

22/08/2016

0003781

PU 11 018824515750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA SEUS DESPESAS, SEM NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurobrasil.com.br

SAC DPVAT 080 022 1204

2016 22/08/2016

1 1137053402 QF9118/PB

01094943379 HONDA/POE 1101

2016 9C2AB0100HR203944

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO P A G O

SEGURO LIDER - DPVAT

CÉDULA 012000000001-04

FOLHA 000000000000000000

1003781-1225532-20160822

UNÃO PREVIDENCIÁRIA COMETA DO BRASIL

25 NOV 2017

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS PERSONALES CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OÙ POR SU CARGA A PERSONAS TRANSPORTADAS OÙ NO - SEGURO PONT

PB Nº 013748759213 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

058-5452
058-5452/08

922 08110 64670 3944

Copyright © 1997 by John Wiley & Sons, Inc.

bioWise, Inc.

680A **7/19/2004**

— 50000 / 00745 —

22

0 51 2 2
Revised 14 Jan 2011

DATA DE EMISSÃO: 17/11/2017

100

0671947-2007

Univ.

17 APR. 2010
TOCOLO
PESSO

ESTE É SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PB Nº 013748759213 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

CONSEJO GENERAL DE COBENID

SAC DPVAT 0500 022 1204

APR. 4
1905

12/12/2012

10/20/20

6/

PREMIO TARIFARIO

100

COTA (MEX)	INTECADO	03/11/201
------------	----------	-----------

SEGNADORA LIDER - DPVAT

24

**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

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA** Sinistro: **3170634815** Data: **02/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO QUIMQUIM, S/N - AREA RURAL - Congo - PB - CEP 58535-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssds /PB**] **4365531**

Data local do exame: [**14/12/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE COLO DE FEMUR DIREITO. ARCO DE MOVIMENTO EM QUADRIL DIREITO PRESERVADO. SEM ATROFIAS, BLOQUEIO DE MOVIMENTOS OU DIMINUIÇÃO DE COMPRIMENTO DIGNA DE NOTA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ACIDENTE DE MOTO NO DIA 02/09/2016, ENCAMINHADO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, PAULISTA -PE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 03/09/2016. ALTA HOSPITALAR NO DIA 04/09/2016. ACOMPANHADO EM PÓS OPERATÓRIO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180172645 **Cidade:** Camutanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA E QUADRIL DIREITO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEZADO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455623/17
Vítima: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
CPF: 711.370.534-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/09/2016
Titular do CPF: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA : 711.370.534-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 25/11/2017
Nome: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 711.370.534-02

MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2017
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

Manuella Trindade Pessoa de Araujo



Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
20/04/2018 16:27	Documentação pendente	Valdiane de Azevedo Martins (ARUANA SEGUROS S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: Sinistro - Boletim de ocorrência (Faltando página) - Falta 2ª página do BO Observações: *	
20/04/2018 16:27	Edição de pessoa	O usuário Valdiane de Azevedo Martins (ARUANA SEGUROS S/A) editou os dados da pessoa DANILLO DE ARAUJO NOBRE LEITE.	
20/04/2018 16:26	Edição de pessoa	O usuário Valdiane de Azevedo Martins (ARUANA SEGUROS S/A) editou os dados da pessoa MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA.	
20/04/2018 16:21	Preencher campos chave	Valdiane de Azevedo Martins preencheu campos chave do sinistro.	
20/04/2018 10:55	Distribuir	Marcos Vinicius Guimaraes Mariz (ARUANA SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Valdiane de Azevedo Martins	
19/04/2018 14:46	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
19/04/2018 14:46	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigPróprio () informou que recebeu os documentos de remessa . Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0134760/18	
17/04/2018 10:13	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA CPF: 711137053402 CPF de: Próprio Titular do CPF: MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA Data de nascimento: 07/11/1995 Data do sinistro: 02/09/2016	  

Ações +

 Exibir Documentos

 Cancelar



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marcio Ferreira de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 9.365.531 CPF: 711.370.534-02
Endereço: Rua Antonio Roberto Duarte de Lima, 14,
Valentina, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58000-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite
Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado
Profissão: Prestador de Serviços
Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 16 de março de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Marcio Ferreira de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Rua Ademir Vieira Batista - Capelinha 7 - Barão Rodolpho Vieira Batista - Centro - João Pessoa - PB - CEP: 58000-000
Fone: (33) 3333-3333 - 3333-3333 - 3333-3333 - 3333-3333
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
MARCIO FERREIRA DE OLIVEIRA
Em testada verdade, João Pessoa - PB 07/02/2018 11:21:23
Rikeley Alameda de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2018-007212]EMUL:R\$ 19,48 FAPPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 IES:R\$ 0,43
SELO DIGITAL: AGL02562-330U
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

17 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA