

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GUTEMBERG FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180529168**  
Vítima: **GUTEMBERG FERNANDES**  
Data do Acidente: **13/03/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **WEBER DA CUNHA REGO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180529168**.

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 13606473









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01973.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01973.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 17 de outubro 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 **Gutemberg Fernandes**, CPF nº 013.987.184-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Maria de Fátima Leite Fernandes e José Fernandes Chaves, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/10/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Josefa de Oliveira Silva, Nº SN, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Cais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98812-0112.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Rua Pedra do Reino, Próximo da Praça, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/03/17 14:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA, 2013/2014, PLACA OEZ1543/PB, CHASSI 9C2JC4110ER112737, registrada em nome de Paulo Sergio Pereira da Silva, quando perdeu o controle ao passar por um quebra-molas vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 07.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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, 17 de outubro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
GUTEMBERG FERNANDES  
Notificante  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Guilherme Fernandes

CPF da Vítima

033.987.184-59

Data do Acidente

13/03/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

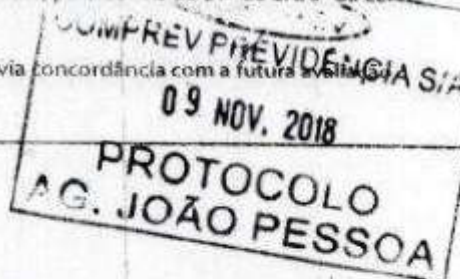
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



João Frazee 20 de outubro de 2018  
Local e Data

Guilherme Fernandes  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 704/020, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1631603, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GUTEMBERG FERNANDES** idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 13/03/2017, na Rua Pedro do Reino, Bairro: Colinas do Sul - João Pessoa - aproximadamente às 14:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREJIS\* Registro: 10171

**SAMU 192 JP**

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: GUTEMBERG FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00220

CONTA: 000000007232-8

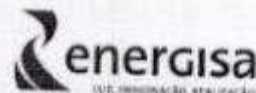
---

Nr. da Autenticação 7F72E98FDCE800A3

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 014.447.954



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.695.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.019.823-6

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES  
RUA MARIA JOSEFA DE OLIVEIRA SILVA S/N Q96 L250  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1309369-5

### REFERÊNCIA

OUT/2018

### APRESENTAÇÃO

23/10/2018

### CONSUMO

168

### VENCIMENTO

30/10/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 254,80

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUÍ

MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES

Retiro: 13-002-852-0310

83680000002-5 54800149000-0 13093692018-5 10400002019-8

### VENCIMENTO

30/10/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 254,80

### MATRÍCULA

1309369-2018-10-4



(83)98888-0429

COMPREV FIDUCIARIA S/A

09 NOV. 2018

COLO

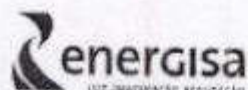


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 010.708.477



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-000  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCIA MIRANDA LINS  
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA 375 AP 201  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/806587-2

### REFERENCIA

AGO/2018

### APRESENTAÇÃO

10/08/2018

### CONSUMO

63

### VENCIMENTO

17/08/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 55,68

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

MARIA LUCIA MIRANDA LINS

Roteiro: 04-005-060-4360

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/08/2018

### VENCIMENTO

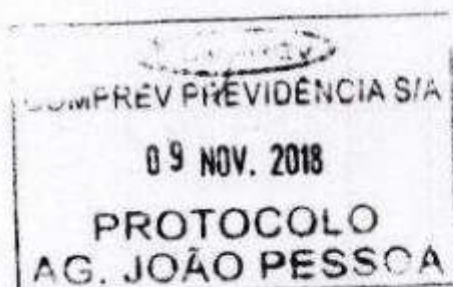
17/08/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 55,68

### MATRÍCULA

806587-2018-08-5





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Walter da Cunha Rego inscrito (a) no CPF 569.951.994, 42  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gutemberg Fupremdes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 053.987.184/59 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidos da Vítima  
Gutemberg inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.987.184/59 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 João Batista Carvalho Moura</u>		Número <u>375</u>	Complemento <u>AP001</u>
Bairro <u>10. Cid. União</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email <u>Walter.DPVAT@igmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)98888-0109</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98888-0109</u>

João Feresca de Outubro de 2018  
Local e Data

Walter da Cunha Rego  
Assinatura do Declarante





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 Gutemberg Fernandes  
DATA DE NASCIMENTO 01/10/80  
NOME DA MÃE Maria de Fatima Leite Fernandes

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100893  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 986824  
DATA DO ATENDIMENTO 13/03/17  
HORA DO ATENDIMENTO 15:31  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Luxação de joelho esquerdo  
CID 10 S83.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em joelho esquerdo, com limitação funcional e edema, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho esquerdo.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação de joelho E.

### TRATAMENTO:

Redução inconsciente de luxação do joelho + imobilizador tipo tubo.

ALTA HOSPITALAR: 24/03/17  
DATA DA EMISSÃO: 07/07/17


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA


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



Brasileira


 Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
 Senador Humberto Lucena


 GOVERNO  
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 986824



<b>Identificação do paciente</b>		Sexo	
Masculino		Prontuário	
ID	Nome	Estado civil	Religião
1149761	GUTENBERG FERNANDES		
Data de nascimento	Idade	Pai	
01/10/1980	36 anos 5 meses 12 dias	JOSE FERNANDES CHAVES	
Mãe	Responsável (Parentesco)		
MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES	MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES - MAE		
Escolaridade	DDD Fixo	Fone Fixo	
	83	88606690	
DDD Móvel	Fone Móvel	Mo Cel	
83	987548542	708406240273062	
tipo documento	Número documento	Tipo	UF
		BAIRRO	PB
Local de procedência	Naturalidade	CBOR	
GRAMAME	CAMPINA GRANDE		
Email			
<b>Endereço</b>			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58069645	JOAO PESSOA	PB	da Pedra do Reino (Res Gervásio Maia)
Número	Complemento	Bairro	
SN		Gramame	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
13/03/2017 15:31:35	1000005972783	SUS	
Especialidade	Clinica	Origem do paciente	
CIRURGIA GERAL		RUA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	QUEDA / OUTROS	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			
<b>Sinais Vitais</b>			
PA	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Dados clínicos	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Diagnóstico	Tempo		
	50seg		
Atendido por			
JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO			

Imprimir

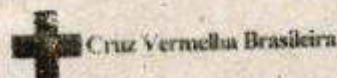
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 NOV. 2018

PROTOCOLO

ACIDENTE DE PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

LARANJA, S/N -  
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente <b>GUTEMBERG FERNANDES</b>		BAE <b>986824</b>	Data/Hora Entrada <b>13/03/2017 15:31:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/10/1980</b>	Idade <b>36</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708406240273062</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987548542 / (83) 88606690</b>
Mãe <b>MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES</b>				Prontuário
Endereço <b>DA PEDRA DO REINO (RES GERVÁSIO MAIA), SN</b>		Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>10575/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>13/03/2017 15:31:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/03/2017 15:20:49</b>		

### Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO, AO EF: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO ESQUERDO AO RX: SUBLUXAÇÃO DE JOELHO E + LESÃO PLURILIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO CD: ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO TIPO JOELHEIRA EM SEMIFLEXÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DIETA

DIETA, VIA ORAL

PREV PREVIDÊNCIA S/A

09 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

PARADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), DILUIR 40,0 MG

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

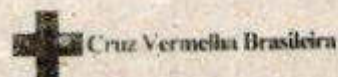
ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAN 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

Dr. Pedro Henrique Freitas  
MÉDICO  
CRM-PB 10575





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente <b>GUTEMBERG FERNANDES</b>		BAE <b>986824</b>	Data/Hora Entrada <b>13/03/2017 15:31:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/10/1980</b>	Idade <b>36</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708406240273062</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987548542 / (83) 88606690</b>
Mãe <b>MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES</b>				Prontuário
Endereço <b>da Pedra do Reino (Ras Gervásio Maia), SN</b>		Bairro <b>Gramame</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS MAGALHAES FRANCA</b>	Nº Cons. Regional <b>3792/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>13/03/2017 15:31:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/03/2017 15:39:00</b>		

**anamnese**  
R. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DORES EM JOELHO ESQ

**MEDICAÇÃO**  
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: T)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 AMPOLA VIA E.V., CONTINUA, (OBSERVAÇÕES: T)

**CUIDADOS**  
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: T)

**EXAME DE IMAGEM**  
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: T)

**CID10**  
Código Descrição  
T86.0 Traumatismo não especificado

**Conduta**  
Em observação

IMPREV. PREVIDENCIA  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLADO  
A.G. JOÃO PESS.

*Carlos Magalhães Franca*  
CARLOS MAGALHAES FRANCA  
(3792/PB)

GUTEMBERG FERNANDES



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

  
1000205972793 BE: 986824  
GUTENBERG FERNANDES  
DT. NASC.: 01/10/1990  
RAE: MARIA DE FÁTIMA LEITE FERNANDES  
END.: da Pedra do Reino (Res. Servilino)  
N.º 54 - GRABASS  
JOÃO PESSOA  
FONE: (83) 99886688  
CELULAR: (83) 987648542  
IDADE: 36  
DT. ENTRADA: 13/03/2017 15:31:35

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☒ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: \_\_\_\_\_

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: \_\_\_\_\_

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO

PA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg

P: \_\_\_\_ bpm

SpO2: \_\_\_\_\_

Tax: \_\_\_\_\_

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☒ Consciente

☐ Inconsciente

☒ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☐ Isocóricas

Tamanho: ☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☒ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☒ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros: \_\_\_\_\_

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros: \_\_\_\_\_

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Poliúria

☒ SVD

☐ Outros: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

☐ Internações

☐ Outros: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAÇÃO:

☐ Sim

☐ Não

Especificar: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

*Atenção: não esquecer de avaliar a pele e a mucosa para lesões*

*Wendell G. Andrade*  
Enfermeiro  
CRP 4.661

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:



ORTO - 13/03/17 - 18:10.

Paciente ~~vi~~ com histórico de acidente automobilístico.  
Dor e limitação de joelho (E).

HD: Subluxação de joelho (E) + lesão pluriligamentar  
de joelho (E)

CD: - Tala joelheira em Semi flexão  
- Intermittente hospitalar  
- Analgesia

Dr. Pedro Henrique Trêças  
MEDICO  
CRMPE 10575

Dr. Felipe Serra

COMPREV EVIDENCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## CUIDADOS

SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TALA TIPO JOELHEIRA EM SEMI FLEXÃO)

## CID10

Código	Descrição
S63.6	Entorse e distensão de outras partes e das não especificadas do joelho

## Conduta

Internar Paciente

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(10575/PB)

GUTENBERG FERNANDES








BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Gutenberg Fernandes

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
22.03.17	10:20	Psicologia Paciente evolui no momento consci- ente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Realizado apoio e orientações ao paciente que não refere queixas no momento.
		 Luiz Gutemberg Teixeira PSICÓLOGO 5023/13
		V
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg);">             PRESENCIA Sinal              09 NOV. 2018              PROTOCOLO              DESSA           </div>

Luiz Gulemberg Teixeira  
PSICÓLOGO  
5023/13



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GUTMIR G. PEREIRA BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 21/03/17  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Rafael Lara 1º Assistente: Dr. Marcos Almeida  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Roberto  
 Tipo de Anestesia: Alv. Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fractura crânio de</u>	
<u>2052.10</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>abertura incisional</u>	

IMPREV PREVIDENCIA S/A

09 NOV. 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ☒ ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ☒ ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Rafael Lara de Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PB 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 21/03/17





# Nota de Sala Cirúrgica

01

NOME DO PACIENTE: Gutierrez, Fernandes

IDADE: 26 SEXO: M PRONTUÁRIO: 986924 ENFERMARIA: 1 LEITO: 1

ORIGEM: Redução Incompleta de pelha E

ORIGEM: Do Hospital de Urgência de Curitiba, no Q. 10, no 1º andar

ANESTESIA: Régim

ANESTESISTA: Dr. Bassano

INSTRUMENTADOR:

DATA: 20/03/2017 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO 13:00 FIM: 13:30 CIRURGIA: INÍCIO: 13:30

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	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	500 µg 100mg	JELCO Nº 18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	200 mg 500ml	JELCO Nº 20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SUT. GEN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº 13	OK	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº 23	OK	FIO POLILACTINA Nº	
ENIL	PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO	PVPi TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº 7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº 7,5		FIO POLIOLEFACRONE Nº	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº 8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº 9,0		FITA CARDIACA	
NDMBU/M	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA		CATETER DE PIC	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CINTO CIRÚRGICO	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERFURADOR DE SORO		CINTO LIGADURA	
PROPOLFOL	AGULHA RAQUI Nº 250	SCALP Nº 19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº 260	SCALP Nº 21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº 270	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEELMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVIVEL	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA F. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA	CÂNULA F. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		KIT. FAM	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		FIXADOR EXTERNO	
CLONIDINA	CATETER EPIDURAL Nº 16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº 17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12		PARAFUSOS CORTICIAIS	
DIFENIDRAMINA	CATETER EPIDURAL Nº 18	SONDA FOLEY 1VIAS Nº		PARAFUSOS CORTICIAIS	
EFEDRINA	LIB. F. PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS ESPONDO	
FUROSEMIDA	COLT. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONDO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GEL/BA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
PLASIL	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)			
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPi				
TEMOXICAN	ESPARADRAPO				
	GAZES	FIO ALGODÃO 5X Nº		( ) ASPIRADOR	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO 8X Nº		( ) CAPNOGRAFO	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO 10X Nº		( ) CARDIOMONITOR	
	JELCO Nº 14	FIO ALGODÃO 12X Nº		( ) DESFIBRILADOR	
	JELCO Nº 18			( ) FOCO AUXILIAR	
				( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCÓPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) PERFORADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	

09 NOV 2017

PROTÓCOLO DE AGILIZAÇÃO PESSOA

Ewerley Fabricio  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PR 883081



# FICHA DE ANESTESIA

DATA 21/03/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Cuttenburg, Fernando</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>36 anos</u>
130x80 mmHg	PULSO <u>76 bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>OK</u>	TEMPERATURA <u>OK</u>
ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		PESO <u>+90 kg</u>	
RISCO CIRURGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		GRUPO SANGUINEO	

EXAMES COMPLEMENTARES	
AP. RESPIRATÓRIO <u>OK</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>
AP. DIGESTIVO <u>OK</u>	ESTADO MENTAL <u>Consciente</u>
PRÉ-ANESTÉSICO	DROGAS EM USO <u>VPM</u>

DOSE/HORA <u>Domnamid 2mg IV</u>	ESTADO FÍSICO (ASA) <u>ASA I</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Lesões da patela (E)</u>	

CIRURGIA REALIZADA <u>Redução imediata de lesões da patela (E) + manipulação do joelho (E)</u>
--

CIRURGIÃO <u>Dr. Rafael Lima</u>	AUXILIARES <u>Dr. Carlos</u>
----------------------------------	------------------------------

INÍCIO DA ANESTESIA <u>13:00h</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>13:30h</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>30 minutos</u>
-----------------------------------	------------------------------------	--

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$
------------------------	---------------	-------------

ANESTESISTA <u>Dr. Jossana L. M. F. R. L.</u>	CPF <u>690.882.174-91</u>	CRM-PB <u>4229</u>
---	---------------------------	--------------------

ANESTESIA <u>13:00</u>	ANESTESIA <u>13:30</u>
------------------------	------------------------

3	N2O
---	-----

LIQUIDOS	VENOSOS
----------	---------

0	PULSO
---	-------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

0	DIÁSTOLICA
---	------------

PREV. PREVIDENCIA SIA  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ANESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOC. PLEXO	BLOC. NERVIOS	OUTROS
-----------------	------------	----------	-------------	---------------	--------

LIQUIDOS	Medicamentos e materiais usados no ato anestésico
----------	---

GLUCOSE	1 NECHINA 0,5% PESADA (35 mg) + BIMORI (0,05 mg) RAQUI
---------	--

PROT.	2 CEFALOTINA - 2g IV
-------	----------------------

SERUM	3 DIFIRONA - 2amp. IV
-------	-----------------------

RINGER	4 DEXAMETASONA - 10 mg IV
--------	---------------------------

TOTAL	5 NAUSE-DRON - 4mg IV
-------	-----------------------

DESTINO DO PACIENTE	6
---------------------	---

APT*	7
------	---

ENFERMARIA	8
------------	---

UTI	9
-----	---

RESIDENCIA	10
------------	----

OUTROS	
--------	--

OUTROS	
--------	--

OUTROS	
--------	--

ANESTESISTA J. M. F. Anestesiologista  
CRM-PB 4229



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

21H

Incisão:

Achados:

UNIFREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Conduta:

- 1) Troca + estabilização
- 2) remoção de hardware antigo
- 3) confusão no nível superior do membro
- 4) MM. exp. l.

Identificada lesão do LCM com  
instabilidade e deslocamento do ASH  
lateral ao LCP4+14+

Fechamento:

Observação:

não há necessidade de abordagem aberta

Médico/CRM:

Dr. Rafael Lara de Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PB 8784 TEOT 969

João Pessoa, 21/03/17





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000401932

Paciente: GUTEMBERG FERNANDES

Data Nasc: 01/10/1980 - 36 anos

Data Exame: 21/03/2017

## **RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

Pequena calcificação intraarticular em topografia do ligamento cruzado anterior (eminências intercondilíneas).

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 29/10/2018 10:56.

**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB



COMPREV PREVIDENCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

GUTEMBERG FERNANDES  
01/10/1980  
ID: 000000020799  
Sex: Male  
36 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 000000407956

Acq.: 13/03/2017

Acq.: 16:10:17.000307

10 cm

E

SSN

Frame: [1001] 1 / 2

Zoom: 28.63%

Window/Level: 1.018/531

CR (1576x1976)

Series Nb: 1001



COMPREV PREVIDENCIA S/A  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

GUTEMBERG FERNANDES

01/10/1980

ID: 000000020799

Sex: Male

36 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA A

Ac. Nb: 000000407956

Acq.: 13/03/2017

Acq.: 16:10:16.000236

PERFILE

10 cm

Frame: [1002] 2 / 2

Zoom: 28.63%

Window/Level: 1.018/531

CR (1576x1976)

Series Nb: 1001





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

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
881588025

NOME  
WEBER DA CUNHA REGO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA UF  
1207482 SSP PB

CNPJ  
569.951.994-72 DATA NASCIMENTO  
01/03/1969

RESIDÊNCIA  
VICENTE DA CUNHA REGO  
JOSEFA SOARES DA CUNHA  
REGO

PERMISSÃO  
ACD CAT. HAB.  
B

1º REGISTRO  
02849644421

VALIDADE  
12/12/2018

1ª NUMERAÇÃO  
21/01/1998

OBSERVAÇÕES

*Webster da Cunha Rego*

ASSINATURA DO PORTADOR

UNID. PLASTIFICAR  
881588025

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
12/12/2013

*Roberto Carneiro* 06085645137  
ASSINATURA DO EMITENTE PB027623637

DETRAN - PB (PARAIBA)

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLADO  
G. JOÃO PESS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 011373876730  
80983618218

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20140000418477-4

1 0099577536-2 00/00000000

PAULO SERGIO FENETRA DA SILVA  
R LADISLAU F BARNOS 29  
V FIGUEIREDO  
58063310 JOAO PESSOA-PB

70806631481 0821543/PB

KESSEIA JAQUELINE P DA SILVA

NOVO PB 9C2JC4110ER112737

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2013 2014

2 P/124 /CI

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : JC41E1E112737

0

JOAO PESSOA-PB

36994

24/09/2014

2011

COMPRÉV PREVIDENCIA SIA  
09 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
**AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN,**  
**TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO PARA:**

NOME DO COMPRADOR: Alex Dos Santos Soares VALORES

033.625 OFFICINA 397.052.041-83  
 ENDEREÇO: Rua pedra do imã nº 40  
4º quarteiro

LOCAL E DATA: 17-8-2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR

a) O vendedor tem a obrigação legal de garantir a venda do veículo no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser que se responsabilizará pelo pagamento pelos prejuízos impostos e suas consequências, até a data da compração (Lei Federal nº 9.505 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).  
 b) O acurante tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em litígio de trânsito (Lei 225 do CTB) e c) E o comprador o reconhecimento de limas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO

DE ACORDO: Alex dos Santos Soares ASSINATURA DO COMPRADOR

**CARTÓRIO CELEIDA**  
 SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL  
 COMARCA DA CAPITAL

Protocolo Por Autenticidade a firma de PAULO SERGIO PEREIRA DA SILVA, 16/7/81, J. Pessoa-PB, 11/08/2018  
 08:58:23 Empl R\$9,48 Fartura:R\$0,28 Fapt:R\$1,90,  
 ISS:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018  
 Fapt:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018  
 Fapt:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018  
 Fapt:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018

**CARTÓRIO CELEIDA**  
 SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL  
 COMARCA DA CAPITAL

Protocolo Por Autenticidade a firma de ALEX DOS SANTOS SOARES, 17/08/2018 09:50:05 Empl R\$9,48 Fartura:R\$0,28 Fapt:R\$1,90, ISS:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018 Fapt:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018 Fapt:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018 Fapt:R\$0,47, Em test da verdade. Tabela CELEIDA CDS/2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180529168

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GUTEMBERG FERNANDES

**Data do acidente:** 13/03/2017

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 21/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** SUBLUXAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO (LESÃO PLURILIGAMENTAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



VALIDA EM TODOS

REGISTRO GERAL 4.031.625

NOME ALEX DOS SANTOS CH

RELIGIÃO JOSÉ FERNANDES CH

VALDETE FRANCISCO DOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOS ORDENS

NASC.N. 3884 FLS. 162

CARTARIO SANTA RITA-PB

ASSINATURA

LE N

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA GESTÃO SOCIAL

INSTITUTO DE NOBILITACÃO CÍVICA

ESPECIALIDADE DE IDENTIFICAÇÃO

P 917

Carteira de Identidade

Alcides Santos Soares




COMPREV PREVIDENCIA S/A

09 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GUTEMBERG FERNANDES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSÃO: PIREIRA Nº DO RG: 3.072.843  
ÓRGÃO EMISSOR: SSP PB DATA DE EMISSÃO: 28/06/2018  
Nº CPF: 013.987.154-59 ENDEREÇO: RUA MARIA JOSEFA  
DE OLIVEIRA SILVA, S/N, GOMMEZ, JOÃO PESSOA, PB

OUTORGADO: WENCK DA CUNHA RIBEIRO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: VIVO  
PROFISSÃO: PROCURADOR Nº DO RG: 1.202.982  
ÓRGÃO EMISSOR: SSCPA DATA DE EMISSÃO: 15/10/18  
Nº CPF: 569.951.994-72 ENDEREÇO: AV. JOÃO BATISTA DE  
CARVALHO, 235 APT 201 CEP: LARANJEIRA  
JO. Cid. Unimilitaria, João Pessoa, PB

### PODERES:

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

JOÃO PESSOA 18 de OUTUBRO de 2018

x gut le leg Fernandes

Assinatura

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

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Reconheço por autenticidade a firma de GUTEMBERG FERNANDES, [88341], J. Pessoa-PB, 17/10/2018 14:32:52 Emol  
R\$9,49 Farpens:R\$0,28 Fepj:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test de  
verdade, Tabela CELEIDA, COPIA FÉRMICA SILVA. Selo  
Digital AHR15556-KV0L. Consulte em  
<https://selodigital.ufpb.br>

PROTÓCOLO  
09 NOV. 2018  
C. JOÃO PESSOA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0408701/18

**Vítima:** GUTEMBERG FERNANDES

**CPF:** 013.987.184-59

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 13/03/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GUTEMBERG FERNANDES

## 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

### WEBER DA CUNHA REGO : 569.951.994-72

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

### GUTEMBERG FERNANDES : 013.987.184-59

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2018  
Nome: WEBER DA CUNHA REGO  
CPF: 569.951.994-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
WEBER DA CUNHA REGO

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA