

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

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

053.984.584-09

Nome completo da vítima

Gutemberg Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gutemberg Fernandes	CPF titular da conta 053.984.584-09	Profissão Pintor
Endereço Rua Maria Júlia de Oliveira Silva	Número 311	Complemento Gramame
Barro Gramame	Cidade João Pessoa	Estado PB
CEP 58000-000	Telefone (DDD) (83) 98888-0129	
Email Nolte.sp10@gmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	09/Nov/2019

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0990 D/V CONTA NRO. 04932 8
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO Nome PROTOCOLO NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Local e Data

José Ferreira, 30 de Julho de 2018

Gutemberg Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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, N° 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, expeço 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
Noticiante
COMPREV PRÉVIDÊNCIA 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

Guto Henrique Fernandes

CPF da Vítima

033.987.184-59

Data do Acidente

13/03/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

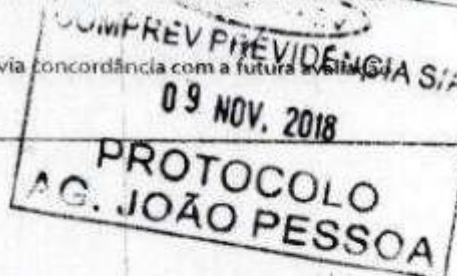
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Local e Data

João Henrique Fernandes, 20 de Outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 03.806.754/0015-40
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.

SAME
João Pessoa, 17 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

09 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

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

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

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: 00000007232-8

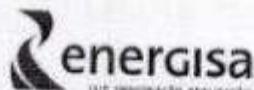
Nr. da Autenticação 7F72E98FDCE800A3

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundário da conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - N° 014.447.964



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 99.695.183 / 0001-46 - Inscrição 16.010.823-6

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES
RUA MARIA JOSEFA DE OLIVEIRA SILVA 6/N 016 L250
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1309369-5

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

23/10/2018

CONSUMO

168

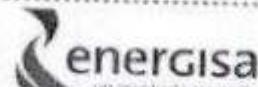
VENCIMENTO

30/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 254,80

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AQUI

MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES

Rotativo: 13-002-852-0310

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



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

30/10/2018

R\$ 254,80

1309369-2018-10-4

(83)98888-0129

JUMPER FIREVIDÉNCIA S/A

09 NOV. 2018

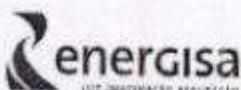
ANALOGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - NF 010.708.477



UTE - INVESTIMENTO, INovação
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Inscrição Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/806587-2

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

10/08/2018

CONSUMO

63

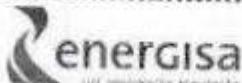
VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 55,68

Acesse: www.energisa.com.br



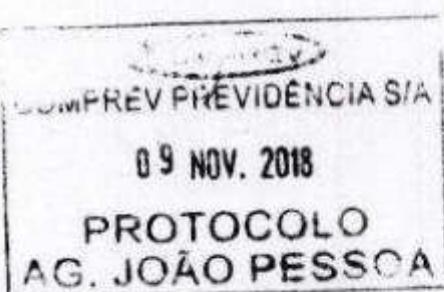
DETALHE AQUI

MARIA LUCIA MIRANDA LINS

Roteiro: 04-005-060-4360

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
17/08/2018	R\$ 55,68	806587-2018-08-5



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Walter da Cunha Ryo inscrito (a) no CPF 569.951.994-42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gutemberg Figueiredo inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.981.184-59 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Gutemberg inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.981.184-59 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprovantes
09 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. 1040 PESO

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	Rua João Batista Carvalho Mauá	Número	345	Complemento	AP 001
Bairro	J.D. Unir	Cidade	José Pessoa	Estado	PB
Email	Walter.DPVAT@ymail.com	Telefone comercial (DDD)	83) 98888-0129	Telefone celular (DDD)	83) 98888-0129

José Pessoa de 09/11/2018 de 2018
 Local e Data

Walter da Cunha Ryo
 Assinatura do Declarante



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

X

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Gutemberg Fernandes
DATA DE NASCIMENTO 01/10/80
NOME DA MÃE Maria de Fátima 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 incruenta 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
PROTÓCOLO
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



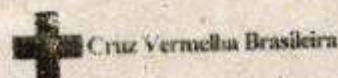
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena
ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:
Boletim de Atendimento: 986824



GOVERNO DA PARAÍBA

Identificação do paciente				
ID 1149761	Nome GUTEMBERG FERNANDES			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/10/1980	Idade 36 anos 5 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES	Pai JOSE FERNANDES CHAVES			Responsável (Parentesco) MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES - MAE
Escolaridade				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987548542	DDD Fixo 83	Fone Fixo 88606690	
tipo documento	Número documento	MC.RG	708406240273062	
Local de procedência GRAMAME				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	UF PB		
CBO/R				
Endereço				
CEP 58069645	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro da Pedra do Reino (Res Gervásio Maia)	
Número SN	Complemento	Bairro Gramame		
Admissão				
Data e Hora 13/03/2017 15:31:35	Número da pulseira 1000005972783	Comunicação SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veículo de Ambulância Não	Trauma Não	
Méio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	x mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Pet. de Sangue 21/03 US PC/par				
Diagnóstico	Atendido por IORDAN APOL. NARIO FIGUEIREDO			
				Imprimir
				09 NOV. 2018
				PROTÓCOLO ID: PESS
				Tempo 50seg

13/03/2017 15:

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

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

Anamnese

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

PREV PREVIDÊNCIA S/A

09 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

MEDICAÇÃO

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

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

Diluir

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

AGUA 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

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

Diluir

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

AGUA 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

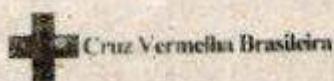
ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

AGUA 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
MEDICO
CRM-PB 10575

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

Paciente GUTEMBERG FERNANDES		BAE 986824	Data/Hora Entrada 13/03/2017 15:31:35	Data Baixa
Data de nascimento 01/10/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 708406240273062	Telefone de Contato (83) 987548542 / (83) 85606690
Mãe MARIA DE FATIMA LEITE FERNANDES				
Endereço da Pedra do Reino (Ras Gervásio Maia), SN		Bairro Gramame	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHÃES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB	
Data/Hora Classificação 13/03/2017 15:31:35		Data/Hora Prescrição 13/03/2017 15:39:00		

Antecedentes

P.T.: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DORES EM JOELHO ESQ

MEDICAÇÃOSOLUÇÃO 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 PARCER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: T)

EXAME DE IMAGEM

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

CID10

Código	Descrição	REV PREVILÉNCIA
I.9	Traumatismo não esportivo	09 MAI. 2019

Conduta

Em observação

REV PREVILÉNCIA
09 MAI. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESS.

Carlos Magalhães Franca
(3792/PB)

GUTEMBERG FERNANDES



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDAE		JORO PESSOA FONE: (83) 99668692 CELULAR: (83) 997648542 CIDADE: Jo DT. ENTRADA: 13/03/2017 15:31:35		
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 [] Lacerção [] Queimadura				
[] Mordedura [] Objeto encravado [] Ferimento contínuo [] Amputação membro [] Outros:						
LOCAL DA LESÃO:		[] Membros sup. [] Membros inf. [] Tórax [] 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: [] Isocônicas [] Anisocônicas	Tamanho: [] Midriase [] Miosc			
Sistema Respiratório:		[] Ventilação invasiva [] Ventilação espontânea	[] Respiração rápida [] Suporte ventilatório não invasivo	[] Vias aéreas pélvias [] Obstrução parcial das vias aéreas [] Obstrução total das vias aéreas		
[] Traqueostomia [] Respiração ruidosa						
Sistema Circulatório:		[] Pulso susente [] Pele fria e úmida	[] Bradicardia [] Outros:	[] Perfusion tissular satisfatória [] Perfusion tissular comprometida		
[] Taquicardia						
[] Palidez						
Sistema Digestório:		[] HDA [] Uso de SNG	[] Vômitos [] Corpo estranho [] Vômitos abdominais	[] Dor à palpação superficial [] Dor à palpação profunda [] Distensão abdominal		
[] HDB						
Outros:						
Sistema Genito-urinário:		[] Distúrio [] Hematuria [] Oligúria [] Poliúria [] SVD	[] Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:						
[] Internações [] Outros:		Especificar: PREVÉ/VIDÉNCIA				
USO DE MEDICAÇÃO?		[] Sim [] Não	Especificar: 09 NOV. 2018			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:						
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [] Sim [] Não						
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:						
DESTINO:		ENFERMEIRO:		COREN:		

09 NOV. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

19-2461-6 Andrade
Walter G.
E. 12th Street
60001-6611

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:

2020 - 13/03/17 - 18:10

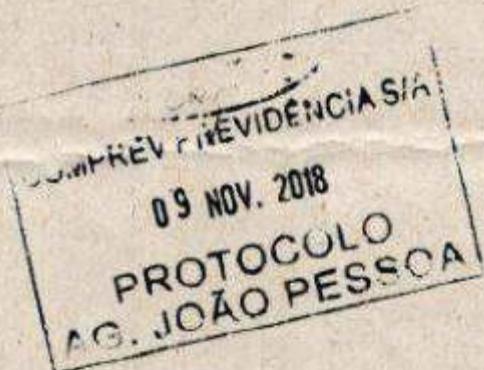
Paciente vit com histórico de acidente entomológico.
Dor e limitação de joelho (E).

UD: Subluxação de joelho (E) + lesão plurilíngua
de joelho (E)

CD: - Tela joelheira em Semi Flexão
- Intermíssive hospital
- Analgésico

Dr. Pedro Henrique
MEDICO
CRMPE 10575

Dr. Felipe Senn



CUIDADOS

SSVV + CCGG

1 - 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)

GUTEMBERG FERNANDES

IMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 NOV. 2018

PROTÓCOLO
PESCA



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Gutenberg Fernandes

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
22.03.17	10.20	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Realizado apoio e orientações ao paciente que não refere queixas no momento.
		<i>Luiz Gutenberg Leitão</i> LUIZ GUTENBERG LEITÃO PSICOLOGO 5023/13
		<i>2018-09-09</i>
		<i>PROTÓCOLO</i>

09 NOV. 2018

09 NOV. -
PROTÓCOLO
DESS

09 NOV. 1968
PROTOCOLO
DECESSO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



校对无误

Nome: GUILHERME FERREIRA BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 21/03/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: DR. MIGUEL VIANA 1º Assistente: DR. CLETON ALVES
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. ROBERTO
Tipo de Anestesia: GA Horário Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<p>fractura crânio 20 2007/10</p>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<i>resecção hemorrágica</i>	

09 NOV. 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: **PROTÓCOLO**

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 8734 TEDT 9693

João Pessoa. 21 NOV 1977



Nota de Sala Cirúrgica

01

NOME DO PACIENTE: <i>Guilherme Fernandes</i>				
IDADE: 46 G: 69 R: 24 F: 24 PRONTUÁRIO: <i>ENFERMARIA</i>		LEITO:		
CIRURGIA: Redução luxação de joelho e				
Cirurgião: Rafael Lacerda - Dr. Paul Alves - Dr. Pedro				
ANESTESIA: Regia				
ANESTHESIA: Dr. Pedro				
INSTRUMENTADOR:				
DATA: 10/3/84 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 13:00 FIM:		CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 13:30		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
GRADO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.		
ALFENTANILA	500,0 mg	JELCO N°18	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	Ser. 0,5% 500 ml	JELCO N°20	FIOS CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIOS CAT GUT CROMADO N°	
CETAMINA		JELCO N°24	FIOS DE ACO N°	
DISPEREXOL		KIT SFT. DREN. TEC. LIXO N°	FIOS DE ACO N°	
ETODIAZIDE	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°1	FIOS DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ÉTILICO 70%	QTD. LÂMINA BISTURI N°15	FIOS DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP/DEGERMANTE	QTD. LÂMINA BISTURI N°23	FIOS DE NYLON N°	
ENIL	PVP/ TINTURA	QTD. LÂMINA BISTURI N°24	FIOS POLIGLACTINA N°	
JFLURANO	PVP/ TÓPICO	LÂMINA DE DERMIATOMO	FIOS POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIOS POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIOS POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIOS POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIOS POLIOLEFACRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIOS SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°9	FITA CORDIACA	
ND-4-BUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA		
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		
PETEDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CAUTER. DE FIO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°250	SCALP N°19	CAUTER. CIRÚRGICO	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUI N°260	SCALP N°21	CAUTER. ANTO LIGADURA	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°270	SERINGA 1ML	FIOS DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML	FIOS DE KIRSCHNER N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIOS STERILAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
AQUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
ATROFENA	CATETER EMOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. FAM	
	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIKADOR EXTERNO	
	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXA-METASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 3VIAS N°14		
DOPAMINA SÓDICA	UBI. 1/2 RA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICIAIS	
EDRINA	COLT. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICIAIS	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPIONIOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPIONIOSO	
GLUCONATO DE CALCIÓ	DRENO DE PENOSSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS ESPIONIOSO	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA	ESQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPOUÑA DE PVP	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIOS ALGODÃO SIA N°		() BISSESP. ELÉTRICO
	GAZES	FIOS ALGODÃO SIA N°		() CAPNOGRAFO
	GAZES ALGODOADAS	FIOS ALGODÃO SIA N°		() CARDIOMONITOR
	GEL ELETROLÍTICO	FIOS ALGODÃO SIA N°		() DESFIBRILADOR
	JELCO N°14			() FOCO AUXILIAR
	JELCO N°16			() FOCO CENTRAL
				() MICROSCOPIO
				() OXÍMETRO DE PULSO
				() PNEUMASISTEMA NÃO INVASIVA
				() PERFURADOR ELÉTRICO
				() SERVA
				Especial Fabricio
				14 de Setembro
				CORELPE 88308106 ACSR 021-2

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/03/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: *Cutemberg Fernandes* **SEXO:** M **COR:** **IDADE:** 36 anos

ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **DOSE/HORA:** *Domorid 2mg IV* **DOSE/HORA:** *Domorid 2mg IV* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

EXAMES COMPLEMENTARES: **AP. RESPIRATÓRIO:** *OK* **AP. CIRCULATÓRIO:** *OK*

AP. DIGESTIVO: *OK* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **DROGAS EM USO:** *VPM*

PRE-ANESTÉSICO: **DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:** *Luxação da patela (E)*

CIRURGIA REALIZADA: *Redução incorrecta de luxação da patela (E) + Manipulação do joelho (E)* **CIRURGÃO:** *Dr. Rafael Cava* **AUXILIARES:** *Dr. Carlos* **INÍCIO DA ANESTESIA:** *13:00h* **TÉRMINO DA ANESTESIA:** *13:30h* **DURAÇÃO DA ANESTESIA:** *30 minutos*

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **QUANT. DE CH.** **VALORES R\$:** *CRM-PB 4229*

ANESTÉSICO: *Propofol 0,25g 3,25ml* **CPF:** *690.882.274-91* **CRM-PB:** *4229*

ALIMENTAÇÃO: *13:00* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

LÍQUIDOS: *2L* **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml*

O: **P:** **DIÁSTOLAS:** *60-80 mmHg* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

■: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

●: **ANESTÉSICO:** *Propofol 0,25g 3,25ml* **ESTADO MENTAL:** *Consciente* **ESTADO FÍSICO (ASA):** *ASA I*

<input checked="" type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RACIUDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQUEO PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQUEO NERVO	<input type="checkbox"/> OUTROS
LÍQUIDOS: <i>2L</i> ESTADO MENTAL: <i>Consciente</i> ESTADO FÍSICO (ASA): <i>ASA I</i>					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ANESTÉSICO:					
1	<i>NEOCERIJA 0,5% PESADA (35mg) + DIMORF (0,05mg) RACIUD</i>				
2	<i>CEFAZOLINA - 2g IV</i>				
3	<i>DIPIRONA - 2amp. IV</i>				
4	<i>DEXAMETASONA - 50mg IV</i>				
5	<i>NAUSEANDON - 4mg IV</i>				
6					
7					
8					
9					
10					
DESTINO DO PACIENTE:					
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA				
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA				
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	<i>JRPA</i>				

OBSEVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESTA:

J. M. P. 21/03/17

ANESTESTICO: *VPM*

CRM: *4229*

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

SBH

Incisão:

Achados:

~~... PREV. PREVIDÊNCIA, S...
09 NOV. 2018
PROTÓCULO
AG. JOÃO PESSOA~~

Conduta:

1) incisão e extirpação
2) remoção de ossos e restos
3) enxerto em volta haver de ossos
4) sutura

Incisão de 10 cm com
extirpação e desgarrado de 4 cm
mais 1 cm de cada lado.

Fechamento:

Observação:

nao per meia hora abordagem aberta

Médico/CRM:

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

João Pessoa, 21/03/17



Atendimento: 000000401932

Data Nasc: 01/10/1980 - 36 anos

Paciente: GUTEMBERG FERNANDES

Data Exame: 21/03/2017

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

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

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

UNIFREV PREVIDÊNCIA S/A

09 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 000000407956

Acq.: 13/03/2017

Acq.: 16:10:17.000307

10 cm

SSN

Frame: [1001] 1 / 2

Zoom: 28,63%

Window/Level: 1.018/531

CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

IMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PES

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA 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
CARTEIRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
WEBER DA CUNHA REGO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1207482 SSP PB

CRM
569.951.994-72 DATA NASCIMENTO
01/03/1968

PRONTO

VICENTE DA CUNHA REGO

JOSEFA SOARES DA CUNHA
REGO

PERMISSÃO AGO CAL/MA
B

NP. REGISTRO
02849644421

VALIDADE
12/12/2018 1ª INSCRIÇÃO
21/01/1998

OBSEVAÇÕES

Walter da Cunha Rego

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
12/12/2013

Walter da Cunha Rego

06085645137
PB027623637

ASSINATURA DO DIRETOR

DETRAN-PB (PARAÍBA)

JOVEM PLASTICAS
881588025

VERIFICAÇÃO
09 NOV. 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
Nº 0113738766730
80983616218

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20140000418477-4

1 0099577536-2 00/00000000

PAULO SERGIO PEREIRA DA SILVA
P LADISLAU P BANOS 29
V FIGUEIRESP0
58063310 JOÃO PESSOA - PB

70806631481 0621543 / PB

KESSIA JANELENE P DA SILVA

MAIO	PR	9C2JIC4110021112737	
PAS/MOTOCICLE/NO APLIC		GASOLINA	
HONDA/CS 125 FAN KS		2013	2014
2	P/124 /CI	PARTIC	P/ESTA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.Motor : JC41816112737	0
JOÃO PESSOA - PB	36994
24/09/2014	
2011	

09 NOV. 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA
PREV PREVIDENCIA S/A

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO - DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VÉHICULO, PARA:

NOME DO DOMINADOR: Alex Dos Santos Oliveira

VALOR R\$

031.625 357.052.041-93

CPF/CNPJ

499.999.999-99

RG

Opção numero

PLACA

12-8-2019

DATA

LOCAL

Alex dos Santos Oliveira

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/ VENDEDOR

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado peculato, prevaricação, improbidade administrativa, ou ação de cobrança (Lei Federal nº 9.503 - Art. 136 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O comprador tem a obrigação de apresentar a documentação de compra e venda no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição, para proceder a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Lei nº 9.503 - Art. 136 - CTB).

c) É obrigatório o resgatamento do veículo do aquisitário à vendedora, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO: Alex dos Santos Oliveira
Assinatura do comprador

CARTÓRIO CELEIDA

SEU SERGIO RODRIGO DANTAS

CO. MARCA DA CAPITAL

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:





PREV PREVIDENCIA SIA

09 NOV. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gutemberg Fernandes
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSAO: PILOTA N.º DO RG: 3.072.843
ÓRGÃO EMISSOR: SSP PB DATA DE EMISSÃO: 28/06/2018
N.º CPF: 013.587.154-59 ENDEREÇO: Rua Maria Josefa
Dr. Oliveira Silveira, 511, Gramame, João Pessoa, PB

OUTORGADO: Wenck da Cunha Reis
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: VIU VIVO
PROFISSAO: PROCURADOR N.º DO RG: 1.207.982
ÓRGÃO EMISSOR: SSPPA DATA DE EMISSÃO: 05/10/2012
N.º CPF: 569.951.994-72 ENDEREÇO: Rua. João Batista de
Carvalho, 2000 - 2º andar, apto 201, ced. Laranjeira
JO. Cd. Universitária, 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 Lider, 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.

xgt k leg. Financeiro

Assinatura

09 NOV. 2018

C. PROTOCOLO
JOAO PESSOA

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0408701/18

Vítima: GUTEMBERG FERNANDES

CPF: 013.987.184-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2017

Titular do CPF: GUTEMBERG FERNANDES

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

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 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