

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10753415

A/C: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177480 ASL-0112198/17

Vítima: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Data Acidente: 12/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº: 10778860

A/C: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177480 ASL-0112198/17
Vitima: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 12/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11352250

A/C: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177480 ASL-0112198/17
Vitima: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 12/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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, Joseildo Nascimento Silva,

PORTADOR(A) DO RG Nº 331.5947 EXPEDIDO POR SSY-PB EM 13/04/05

CPF 076131974-33 /CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ Renda X (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joseildo do Nascimento Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 Lotéricas 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.

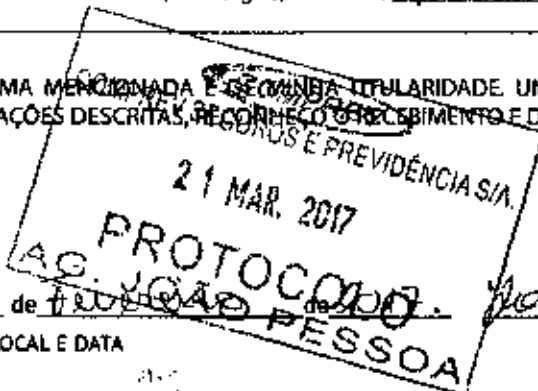
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4946 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01513-6

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.



C. de Quatro PB 09 de fevereiro de 2005

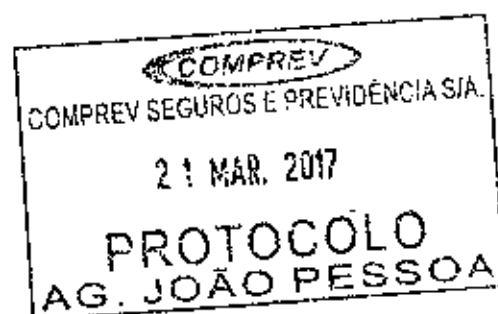
LOCAL E DATA

Joseildo do Nascimento Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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.



28

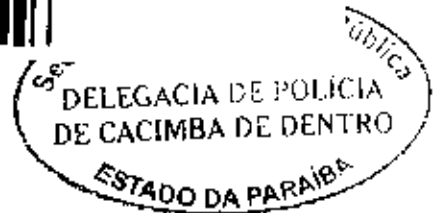


GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA DE
DENTRO/PB

DOCUMENTO 1 *TTP*



BOLETIM DE OCORRENCIA



Livro nº. 001/2016

Ocorrência nº 190/2016

DESCRIÇÃO:

Aos OITO (08) dias do mês de NOVEMBRO do ano de dois mil e Dezesseis (2016), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, aí pelas 09:00, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Idade: 29 anos

Data de nascimento 08/04/1987

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Cacimba de Dentro/PB

Estado Civil: solteiro

Profissão: Pedreiro

Filiação: Joelson Virginio da Silva e Elizabeth do Nascimento Silva

Endereço: Rua Projeta sn, Conjunto Benjamin Maranhão/PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 3315947 SSP/PB

CPF: 079.131.974.33

HISTORICO

Noticiou Que no dia 12 de outubro de 2016 por volta das 17:30 horas trafegava na rodovia PB 111, em uma motocicleta de marca HONDA NXR 160, BROS ESD, ANO MODELO 2015, PLACA FLI 1679, DE COR VERMELHA, CHASSI 9CZKD0800FR015037, Que se encontra em nome de GILMAR DO NASCIMENTO SILVA, na proximidade do trevo que dá acesso para o Distrito de Logradouro da cidade de Cacimba de Dentro um outro motoqueiro não identificado colidiu com o noticiante não prestando socorro e evadindo-se do local. Que foi socorrido por populares para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande-PB, onde ficou internado do dia 12 ao dia 15 de outubro de 2016, e foi submetido a uma cirurgia no pé esquerdo. Que apresenta com testemunhas o Sr Marcelo da Costa Araújo Residente a Rua Sítio Barreiros de Cacimba de Dentro/PB e Katia Tavares da Silva Residente a Rua Simpliciano Hipolito nº SN Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 08 de Novembro de 2016

Assinatura do (a) Agente **PROTÓCOLO**
JOAO PESSOA

Escritório de Polícia
Escritório de Polícia
Mat 1372240

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: 04/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04946

CONTA: 000000001513-6

Nr. da Autenticação 5C730F29F9CFEDB9



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosângela do Nascimento Silva,

RG nº 331.5947, data de expedição 13/04/05, Órgão SSP. PB.

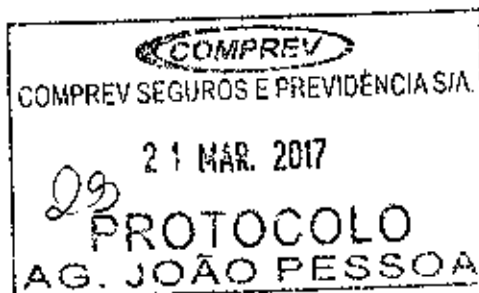
CPF nº 076.131.974-33, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Mariz V</u>
Número	<u>1º Su.</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Dentro</u>
Cidade	<u>Balumba de Dentro</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.230.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.98769.6065-83.3335.3620</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Balumba de Dentro PB. 09.02.2017.

Assinatura do Declarante: Rosângela do Nascimento Silva



... ..

30



RECIBO DO SACADO

CAIXA **PARKVILLE ANDRADE MARINHO LMF CONSTRUCOE**

VENCIMENTO
30/12/2016

CANDIDO MACEDO NORTE
Rua Feliciano do Nascimento 1004
8416-055 CAMPINA GRANDE-PB
-Jardim Quarenta



ANDRADE MARINHO LMF

-Empreendimento: PARKVILLE RESIDENCE PRIVE
-Unidade: PARKVILLE RESIDENCE PRIVE LOTE 0017 27
-Número do Contrato: 000000380
-Número da Parcela: 001/040 das parcelas Mensais

Agência/Conta Corrente
2221/409829
Nº Documento

-Obs.:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Candido Macedo Norte, portador(a) do RG nº 269.689, expedido por SSP. PB, em

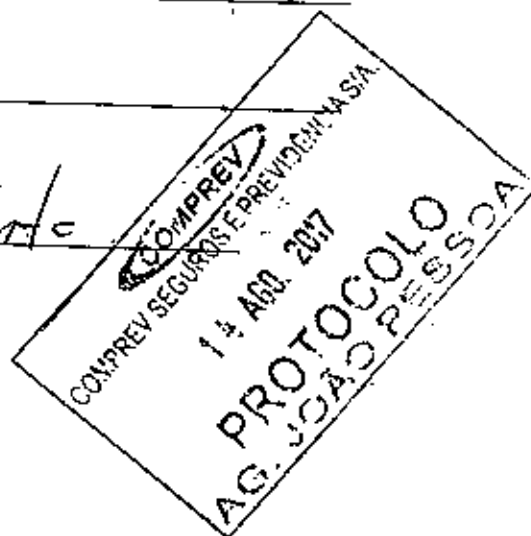
31 / 10 / 73, CPF/CNPJ nº 087.007-964-68

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Josénilto do Nascimento Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Josénilto do Nascimento Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reusado Renda Mensal: R\$ Reusado

Documentos comprobatórios: Reusado

x Candido Macedo Norte
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do veículo



Eu, Blumen do Nascimento Silva
 RG nº 554000064, data de expedição 21/09/12
 Órgão SP/SP, portador do CPF nº 09087623188, com
 domicílio na cidade de SAO PAULO, no Estado de
SAO PAULO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
APARECIDA DO TABOADO, nº 181, complemento
FUNDO, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo
 mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido/
 com a vítima JOSENILDO NASCIMENTO SILVA cujo o condutor era
JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA

Veículo: MOTO / HONDA

Modelo: NAR 160 BROS 650

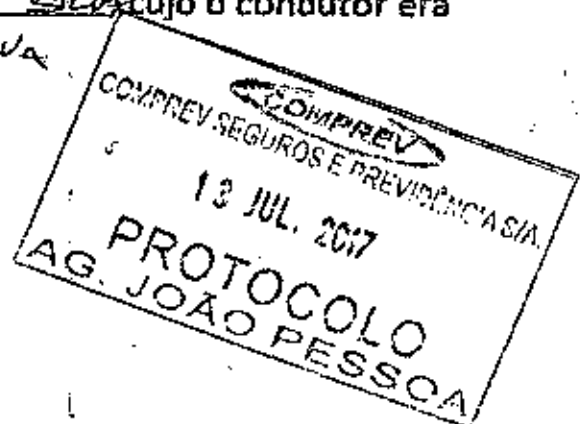
Ano: 2015 / 2015

Placa: FLI 1679

Chassi: 9C2K00X00FRO15037

Data do Acidente: 12/10/16

Local de Data: RODOVIA PB 11 TRAVO QUE DA ACESSO
PARO O. DISTRITO D. LOGADOURO



Blumen do Nascimento Silva

Assinatura do Declarante

Josenildo do Nascimento Silva

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

CARTÓRIO
 GOMES DE SOUZA



Geovânia O. de Alcântara e Souza
 Tabelião Substituta

Reconhecimento de
 firma no verso ->

19º CARTÓRIO
 Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais
 19ª Subseção - Nordeste - São Paulo - Capital

Online Resources

Rua Turiassu, 433 - Perdizes
Fone. (11) 3822-8208 / 3864-4550
CEP 05005-001 - São Paulo - SP

reconheço como autêntica a firma de: JOÃO CARLOS NASCIMENTO SILVA, lavada em
minha presença, registrada no livro nº 669, fls. nº 033, sob nº 35. Em
testemunha do que, eu, Juiz, assino e carrego em 19 de fevereiro de 2017.

THE ZEPHYRUS FACULTY AND STUDENT BODY ARE GRATEFUL TO THE FOLLOWING:

Firma RS 14.50 1.º 200-897017003000295275-0706



19º CARTÓRIO

Cartório da Registro Civil dos Povos Indígenas
1009 Edifício Pardini - São Paulo - Capital

Alcides Carneiro Neto
Oficial Designado

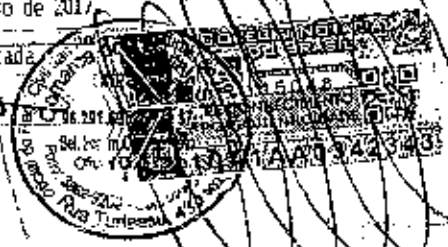
Rua Turissu, 42 - Pindamonhangaba
Fones: (11) 3362-9338 / 3364-1550
CEP 05005-001 - São Paulo - SP

Reconheço como autêntica a firma de: **GUAR DO NASCIMENTO SILVA**, lavrada em
uma presença registrada de livro nº 409, fls. nº 033, sob nº 235. Em
testemunho a 14 de fevereiro de 2017.

Alcides Carneiro Neto - Escrivão Autorizado

Usando somente com selo de autenticação.

Firma R\$ 14,50 : 1 : 2004070170030024324-0900





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): JOSEILDO DE ARAUJO

SILVA

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 5923 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 12 / 10 / 2016 A 15 / 10 / 2016 NECESSITANDO DE

90 (NOventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 15 / 10 / 2016

Ass. do Médico - Nº do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

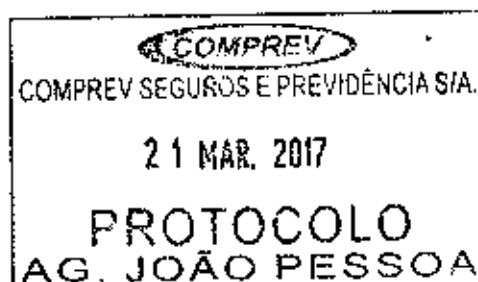
Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável _____

04





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: JOZILDO DO NASCIMENTO SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 12 | 10 | 2016

Nº PRONTUÁRIO: 1340372 FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: FL. ESP. PE (D) (1º, 2º e 3º PE)

PROCEDIMENTO: Exame PERCUSSÃO e AUSCULTAÇÃO
(Dr. Rogério Pereira)

MÉDICO (CARIMBO): _____

MOD. 120

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

05

14/10/16 Hora T P R PA
 10:00 34° 72 20 120x70
 14/10/16 19:00 34° 74 18 120x80

+

Observação: Enfermeira
 Paciente evolui EG-R me
 diando C.P.M. aderindo os
 cuidados de enfermagem.
 Paciente evolui estável,
 M.C.P.M., aderindo os princípios
 vitais. Aos cuidados de
 Enfermagem.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 21 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

20

Fe rep B2

1. DPO
Btq
Dm + 14-
Fike @
Noa
Fm @ @

108cm/160
FARMACIA

04-02

Data	Prescrição	Prescrição
1. Data	10/01/2017	10/01/2017
2. SRA 150cm EV/24h	500 500 300	1
3. Omeprazol 40mg AD EV/24h	100 100 200	1
4. Tetracil 20mg + AD EV 12/12h	12 12 12	1
5. Omeprazol 40mg EV/24h	100	1
6. Tetracil 100mg + 100mg SP 0.5m EV/24h SN	50	1
7. Amoxicilina 500mg + AD EV/24h SN	50	1
8. Clonazepam 40mg SC/24h	10	1
9. SSW + 0000	10	1
10. Fomepizol 1g + 10ml	10	1
11. Glicina 10g	10	1
12. AIC 1000	10	1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

04

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Joséildo do Nascimento s/pa D/U 08/04/87</u>						GOVERNO DA PARAIBA	
01	LEITE	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>29</u>	REGISTRO <u>1340342</u>	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES		
CIRURGIA <u>Trat em fratura exposta osso do Pe- (Esq)</u>			CIRURGIA <u>Dr. Rodrigo + Dr. Jefferson + Dr. Wagner</u>				
ANESTESIA <u>Raque</u>			ANESTESIA <u>Dr. Socorro Oliveira</u>				
INSTRUMENTADORA		DATA <u>13/08/16</u>	INÍCIO <u>04:30'</u>	FIM <u>02:30'</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Cat. p/ Oxp.		Catgut cromado Serlix		
	Atropina amp.		Cat. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serlix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dokantina amp.		Cotonolide		Catgut Simples Serlix		
	Etrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix		
	Fenogam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix		
01	Fentanil ml		Dreno Poroso nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubehin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix		
	Pavlon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak		
	Quelicin ml		Gese Paralel c/ 10 unidades		Fila cardíaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 30		
	Thionexibutal ml		Intracath Adulto	01	Mononylon 30		
	Tractirum amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix		
Qtd.	MEDICAÇÕES*		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix		
01	Agulha Desfilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix		
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix		
	Dipirona amp.		Luvas nº procedimento		Vicryl Serlix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix		
	Fluocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serlix		
	Geramcina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glicon de Cálcio amp.		Polidix				
	Hemomacil ml		PVPi Degemante ml				
01	Heparema ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanaktan amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coleto:		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml		
	Piramin		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuplinton amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
02	<u>cloridrato de zolona</u>		Sonda Nasogástrica	06	<u>sf para lavagem</u>		
02	<u>Naloxona</u>		Sonda Uteral nº	COMPREV			
			Steridren ml				
			Tornelinha	COMPREV		SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	21 MAR. 2017		EQUIPAMENTOS	
02	Agulha desc. 28x7 40x12		Gelcon 18				
	Agulha desc. 20 x 28		Látex				
	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Agulha p/ raque nº 25						
01	Alcool de Enterragem 40%						
	Alcool Iodado ml						
02	Alcureas de Crepon JS cm						
	Alcureas de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

08

Circulante Responsável: Claudia Jane A. Silva
Téc. Enfermagem MOO 060
COREN-PB. 53463



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

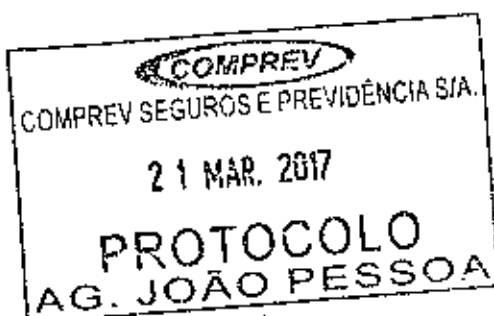


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesiologista

05





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Joaquim do Nascimento Silva		Idade:	29
Convênio:	SUS		Data:	13/10/16
Procedimento:	Fratura exposta			
Cirurgião:	DR. Rodrigo	Auxiliar:	Anestesista: DR. SOUZA	
Início:	01:30	Término:	02:50	Anestesia:

[illegible][illegible]

Observações:	 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 21 MAR. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
--------------	---

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>João Carlos da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>13/10/16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Rodrigo Amorim</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Jefferson</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta de 1º, 2º e 3º MC (E)</i>			
Tipo de Operação <i>fixação percutânea com HMC e D.S.</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Ombro</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

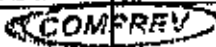
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDM sob anestesia
- 2) Anestesia + Ant-hipertensão + Administração de Soro e Vitaminas
- 3) Lavagem cuidadosa da ferida com (P.E) e D.S. + desbridamento da região de fratura
- 4) Achados: Identificada grande comunicação e perda óssea com 1º MC
- 5) Fixação percutânea de 1º, 2º e 3º MC com D.S. e auxílio de fluoroscopia
- 6) Sutura de aproximação
- 7) Tala - Bordo

Dr. Wagner F. Amorim
Ass. Cirúrgico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
13/10/16	8:15	36,2	43	20	16/80	+	paciente estável sem intercorrências sem sobressina níveis os líquidos da urina	
13/10/16	20:15	36,2	43	20	16/80	+	paciente estável sem intercorrências sem sobressina níveis os líquidos da urina	


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 21 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

12

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Exceção pr.

Paciente	João do Dourado		Alojamento	4	Leito	2	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
13/10	Depto Japerate Recuperação 12/11/16	18	Cecilia Reis				
	Depurou 2ml a 6/6	18	- 633.1111				
	Tratado 100% a 12/11/16	18	colore, praxe leu				
	aproximadamente 12/11/16 (12/11/16)		m. de 1000				
	Varredura 1 ps a 12/11/16		sem ss. em 1000				
	CCGG 155m		Banco 1000				
	Ceftriaxona 1g (iv) 12/11/16	18	m. 11 FCC 500				
	SAT 5.001.111		pe 6				
			42. 1000000000				
			CP 10 1000000000				

Dr. Adalberto Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA OMERO-TEOT 12637
CLINICA CIRURGICA DE CHALAMBE
CLINICA CIRURGICA DE CHALAMBE
Tel 3341-2580/3341-2588

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
21 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos: () > 3 segundos: () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: __/__/__	
Edema: () MMST () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Galtonomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: __/__/__	
Alterações: (X) Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoalivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD. Débito ml/h:	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Inclinação cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: __/__/__	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: __/__/__	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: __/__/__	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>pac. evoluiu bem, is/queras e s/intercorrências.</i> <i>aguarda proced. cirúrgico ortopédico. segue aos</i> <i>cuidados da equipe.</i>	
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 21 MAR. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 14/10/16 HORA: 14 h
Katharina Leão de Jesus Napoleão Enfermeira COREN-PA 188.770	

Ficha de Acolhimento

Nome: Ademildo do Nascimento Silva Bairro: Centra
End: R. S. Joannim
Data de Nascimento: 08/04/87 Documento de Identificação: Carteira do Cidadão
Queixa: Doença de Mão Data do Atendimento: 12/10/16 Hora: 20:10 Documento: VB
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: ☒ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

COHEN-GP 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

COMPREV

COMPREV SECUTROS E PREVIDENCIA SIA

21 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE: _____ hs.

☐ Centro cirúrgico: ☐ Alta hospitalar ☐ A revelia

☐ Internação (setor): ☐ Decisão médica

☐ Transferência a outro SETOR do HOSPITAL: ☐ Óbito

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Remilda do Nascimento Registro: Leito: 0402 Setor Atual: 070

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lprpm; PA: 120x80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () OutroGLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midrílicas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosso: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de torax: ID () Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar () Observação:

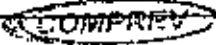
SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PROTÓCOLO
DE ATENDIMENTO
Pessoa

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria ☒ Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
Ausculat cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____
Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
RHA: ☒ Normoalivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações (☒) Outro: _____
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Inclusão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Relirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações: _____
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____
SONO E REPOUSO
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações: _____
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo: _____
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____
INTERCORRÊNCIAS
<i>Seguem com EGA, MCPM e aos cuidados da equipe de enfermagem</i>
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 21 MAR. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Tereza Cristina da S.</i> DATA: <i>13.10.16</i> HORA: <i>14:00</i> h
<i>ENFERMEIRA</i> COREN-PR - 431.177

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Arnilde do Nascimento Registro: 4 Leito: 2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: T_{ax}: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO₂: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorregentes () Mióticas () MidríaticasMobilidade Física: (☒) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Voz: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO₂ % PEEP cmH₂O(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno: / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: **COMPREV**

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação: 21 MAR. 2017

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

④ ③ ② ①

COMPRE!
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

33746

Série

C002446



Josénilto de Nascimento Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Josénilto de Nascimento Silva*Loc. Nat. *Campos de Belém*, Est. *PA*, Data *08/04/1977*Pai *Aelson Virgínia dos Santos*Mãe *Glória de Nascimento Silva*Doc. Nº *22.16.024 - FIS 252.111.115*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *...* / *...* / *...* Doc. Ident. Nº *...*Exp. em *...* / *...* / *...* Estado *...*Obs. *...*Data Emissão *10/24/2004* DRT *2.111.115*

Assinatura do Funcionário

1.69.21
PROTOCOLO
AG 11/11/2004

NEEDS ANALYSIS

010877841087

CILRABO DE GUSTAVO CILVA

0500 2424 1753

F-1629

REF ID: A66059

SP N° 010877841087

1978-1979 O SCL DO MUNDO NA ESCOLINHA DE JESUS
 1980-1981 O SCL DO MUNDO NA ESCOLINHA DE JESUS
 1982-1983 O SCL DO MUNDO NA ESCOLINHA DE JESUS

SECRET

2015-11-04/EC1

693876-244

12. 12.11.2017

01045538725 HONDA/HR160 BEGS FOL

2015 09 9C2AD0E00F8015037

120-04 100-1434

7-11

230.01

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

17-2414

DOCUMENTO 6 "T694"



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170177480 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 12/10/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS 1,2,3 METATARSOS ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM PÉ ESQUERDO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS. PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR (GRAU 4) -DEFICIT DE FORÇA EM DORSO FLEXÃO , SEM LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-MOTO; SENDO SOCORRIDO POR MEUS PRÓPRIOS AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, ONDE FOI FEITO EXAMES DE IMAGENS, CONSTATANDO FRATURA EXPOSTA DO 1,2,3 METATARSOS ESQUERDOS. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA NO DIA 15/10/2016.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do pé devido ao déficit de força muscular presente ao exame físico. Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**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): **JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA** Sinistro: **3170177480** Data: **12/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **CONJ PROF MARIZ V, SN, CASA - CENTRO - Cacimba de Dentro - PB - CEP 58230-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3315947**

Data local do exame: [**31/08/2017**] **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 EXPOSTA DO 1,2,3 METATARSOS ESQUERDO. PRESEÇA DE CICATRIZ EM PÉ ESQUERDO, SEM EDEMA, SEM ATROFIAS

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.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-MOTO; SENDO SOCORRIDO POR MEUS PRÓPRIOS AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, ONDE FOI FEITO EXAMES DE IMAGENS, CONSTATANDO FRATURA EXPOSTA DO 1,2,3 METATARSOS ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA NO DIA 15/10/2016. PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR (GRAU 4), SEM LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

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

PACIENTE COM LIMITAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR (GRAU 4), SEM LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

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

() "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):
PÉ ESQUERDO

% do dano: (**X**) 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):

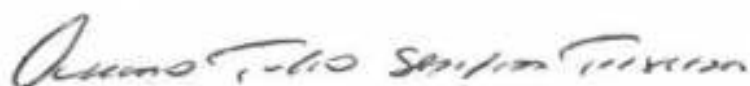
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

DEFICIT DE FORÇA EM DORSO FLEXÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170177480 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 12/10/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta do pé esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PAR.

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

OUTORGANTE:

Nome: Josemildo do Nascimento Silva
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 331.5947 SSP/PB
 CPF: 076.131.974-33
 Profissão: Problema
 Endereço: Rouminto Propto Mariz 11 Su. Centro - C. de Dentro
 CEP: 58.230.000
 Telefone: (83) 99365-5161

OUTORGADO:

Nome: Candido Macedo Norte
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Casado
 Identidade: 269.689 SSP/PB
 CPF: 087.007.964-68
 Profissão: Autônomo
 Endereço: Filiziano do Nascimento - 1004-f. Quarenta P. Juazeiro
 CEP: 58.416.055
 Telefone: (83) 9.9365-5161

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, e quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Josemildo do Nascimento Silva.

Caicumba de Dentro PB. 09.02.2017

Local e data

Josemildo do Nascimento Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

