



Número: **0801049-32.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **29/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31121 397	29/05/2020 17:35	2719573_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

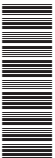
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15397950

Pag. 00719/00720 - carta_01 - INVALIDEZ

00030360





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00129/00130 - carta_02 - INVALIDEZ

00050065



Carta nº 15412706



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000061423-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200031566 Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01165/01166 - carta_09 - INVALIDEZ

00030583



Carta nº 15734881





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 205-674-304-30 4 - Nome completo da vítima: João Evangelista F. de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Evangelista F. de Oliveira 6 - CPF: 205-674-304-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Lumbi dos Palmares 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maria Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 205-674-304-30 4 - Nome completo da vítima: João Evangelista F. de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Evangelista F. de Oliveira 6 - CPF: 205-674-304-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Lumbi dos Palmares 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Morais Andruazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 205-674-304-30 4 - Nome completo da vítima: João Evangelista F. de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Evangelista F. de Oliveira 6 - CPF: 205-674-304-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Lumbi dos Palmares 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maria Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 614235
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

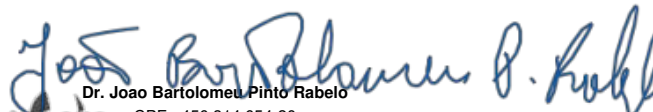
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200031566
Nome do(a) Examinado(a): Joao Evangelista Felix de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Zumbi dos Palmares, 24
Mario Andreazza Bayeux PB CEP: 58305-060
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 746341
Data local do acidente: [05/05/2018]
Data local do exame: [31/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ VÁRIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 21/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Evangelista Félix de Oliveira**, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado,, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11173.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Evangelista Félix de Oliveira**, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado,, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11173.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Evangelista Félix de Oliveira**, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado,, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11173.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Evangelista Félix de Oliveira**, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado,, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11173.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 205-674-304-30 4 - Nome completo da vítima: João Evangelista F. de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Evangelista F. de Oliveira 6 - CPF: 205-674-304-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Lumbi dos Palmares 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Morais Andruazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3911 CONTA: 614235 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 205-674-304-30 4 - Nome completo da vítima: João Evangelista F. de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Evangelista F. de Oliveira 6 - CPF: 205-674-304-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Lumbi dos Palmares 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maria Andruazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 614235
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 24/10/19

João Evangelista Félix de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 14



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 205-674-304-30 4 - Nome completo da vítima: João Evangelista F. de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: João Evangelista F. de Oliveira 6 - CPF: 205-674-304-30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Lumbi dos Palmares 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maria Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 614235
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 24/10/19
João Evangelista Félix de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Paí JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Comunidade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Contato	Fone Móvel 900000000		DDO fixo	DDO fixo
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Nº Cna	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Ende	Naturalidade BAYEUX		CEC/R	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Bairro BANCÁRIOS

Admissão

Data e Hora 15.05.2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CURSIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Onco oficial 450	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Atestado

Atestado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1230330	JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
15/09/1958	59 anos 7 meses 20 dias	
Mãe	Religião	
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		
Comunidade	Paí	
	JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
	Responsável (Parentesco)	
	O MESMO - O MESMO(A)	
	DDD fixo	
	DDI fixo	
	Nº Cna	
	Tipo	
	BAIRRO	
	CEC/R	
	Naturalidade	
	BAYEUX	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58051593	JOAO PESSOA	PB	BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número	Complemento		Barro
51N			BANCÁRIOS

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
15/05/2018 15:46:12	1000004249329	SUS
Especialidade	Clinica	
DIURIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
	Detalhe do acidente	
	VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Onco oficial	Plano de saúde	Via de ambulância	Tempo
150	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
SAMU			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Atestado

Atestado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Paí JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Comunidade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Contato	Fone Móvel 900000000		DDO fixo	DDO fixo
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Nº Cna	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Ende	Naturalidade BAYEUX		CEC/R	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Bairro BANCÁRIOS

Admissão

Data e Hora 15.05.2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CURSIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Onco-poli-clin 450	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Atestado

Atestado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1230330	JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
5/09/1958	59 anos 7 meses 20 dias	
Religião	Pa	
	JOAC FELIX DE OLIVEIRA	
Responável (Parentesco)		
O MESMO - O MESMO(A)		
Endereço	DDD fixo	DDD Cel
Telefone	Fone Móvel	Nº Cna
900000000		
Documento	Número documento	Tipo
RG (IDENTIDADE)	746341	BAIRRO
UF de procedência		UF
BANCARIOS		PB
Endereço	Naturalidade	CEC/R
	BAYEUX	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58051593	JOAO PESSOA	PB	BANCARIA NEZA MEIRA
Número	Complemento		Bairro
SIN			BANCARIOS

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
15/05/2018 15:46:12	1000004249329	SUS
Especialidade	Clinica	
PURGIA GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente
		RUA

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Onco oficial	Plano de saúde	Via de ambulância	Tipo de
150	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Atestado

Atestado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Paí JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Comunidade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Contato	Fone Móvel 900000000		DDO fixo	DDO fixo
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Nº Cna	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Ende	Naturalidade BAYEUX		CEC/R	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 15.05.2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CURSIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Onco oficial 450	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Atestado

Atestado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

imprimir

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000061423-5

Nr. da Autenticação A5352EB6F5BE2A06



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é resgatado em espécie.

Exibir para garantir pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica. Nº 029.654.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.016.333-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é segunda via de conta.

Exibir para garantir pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica. Nº 029.654.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.016.333-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



ROSITA DIAS TRINDADE
RUA ZUMBI DOS PALADRES, 247 CASA 1 MARIO ANDREAZZI-
BAYEUM / PB CEP: 56057014(AD. T)

Central MOVIMENTO
OuvSoc PERMITO DE PRESENCIA / PERMOCOM
Rozario - E. 9-200, 2547 B. 10-100, 2019
Mecico 000382155 Emissão 25/09/2019

REGISTRADO E EMITIDO EM
30/09/2019 10:45:12 A. R. DECECHIA
L. 10/09/2019 10:45:12 A. R. DECECHIA

Ata de Votação para a 10ª sessão
Ordem do Dia, Automático: 0004/2019

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019 25/09/2019 25/10/2019 467.717.434-00

UC (Unidade Consumidora): 5/418247-3

Canal de contato

Linha de atendimento ao cliente 0800 083 0196
ou pelo e-mail atendimento@energisa.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/09/19	5237	25/09/19	5275	
Demonstrativo				
001 - DEGI		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
0021 - Consumo em kWh		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
0021 - Atividade AFAC		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
Unidades de Medição				
0027 - Contribuição para a		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
0027 - Contribuição para a		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
0027 - Contribuição para a		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC
0027 - Contribuição para a		Atividade AFAC	Atividade AFAC	Atividade AFAC

001 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a

001 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a

001 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a 0027 - Contribuição para a

6103.deCE.99d0.f8df.28fa.3dd1.e71d.d8ea

Indicadores de Qualidade 7/2019-011

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		
0021 - Consumo em kWh		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		
Atividade AFAC		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Realize o pagamento da fatura de energia elétrica até o dia 25/10/2019. A partir de 26/10/2019, a fatura será considerada em atraso e poderá gerar juros e multa.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é segunda via de conta.

Exibir para garantir pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica. Nº 029.654.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.016.333-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLIO/CAWES/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/10/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLIO/CAWES/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/10/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLIO/CEAWES/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/10/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLIO/CAWES/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304/30 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/10/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





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

65000000029868826

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAO EVANGELISTA FELIX OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/58
NOME DA MÃE	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.068
DATA DO ATENDIMENTO	05/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com sinais de ingesta de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocóricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tíbia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira. Ferimento em região inguinal esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
TC de face
TC de torax
TC de abdomen superior
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tíbia direita

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	06/05/18
DATA DA EMISSÃO:	21/09/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/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 Emergências e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID 1286330	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias			Pontuação
Mãe NAO INFORMADO			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MERA
Número 511	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 140	x	FC 90	mmHg	Pulso 17	Temperatura 36
-----------	---	----------	------	-------------	-------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos:

*Valores obtidos de exame físico realizado
atendendo PCE e exames de laboratório.*

Diagnóstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

*Realizado por
enfermeiro
CORES DE VITÓRIA*

Imprimir

Tempo
01min 38seg

05/05/2018 15:46





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 05/05/18 15:56
Usuário: DANIEL HORTIZ
Boleim: 1080068



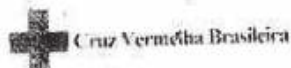
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO	01/01/1972	46a 4m 4d	MASCULINO	1080068		05/05/2018 15:56:47
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00					
Convenio	Matricula					
SUS	Senha					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		EV.			AGORA
2 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		EV.			AGORA
4 CEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		EV.			AGORA
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
6 PARECER ORTO	0.0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

Dr. Daniel Hortiz
Cirurgia Digestiva
CRM: 10.976
05 de Maio de 2018

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACINTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46a 4m 4d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe NAO INFORMADO			Prontuário	
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	Nº Cons. Regional 10976/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 05/05/2018 15:56:47	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM SINAIS DE INGESTA ALCOOLICA.
RELATO DE TER SIDO VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO (PILOTO DA MOTO) COM TCE

A: VAP, COLAR CERVICAL
B: EUPNEICO, TORAX ESTAVEL, SAT 98%
C: FC 80 PA 120 X 80 PULSOS CHEIOS RITMICOS E SIMETRICOS
D: GLASGOW 14 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
E: HEMATOMA SUPRAORBITAL DIREITO, ESCORIAÇÕES E FCC EM FACE, SINAIS DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, ABDOME INOCENTE, RACIA ESTAVEL

HD POLITRAUMA
TCE
FRATURA DE TIBIA?
TRAUMA FACIAL

CD: SOL TC DE CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX E ABDOME
RX DA PERNA DIREITA
AVAL DA ORTOPEDIA
AVAL DA NEUROCIR
AVAL DA BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Dr. Daniel Hortic
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM 10.976



CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

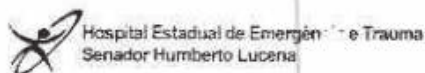
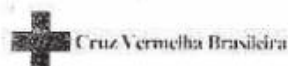
Em observação

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM/PB 10.976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE
(: 10976/PB)





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

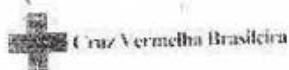
Nome				CNS		Prontuário	
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA							
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
15/09/1958	59A 7M 21D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome da Pai			
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço				Bairro		Cep	
BANCÁRIA NEUZA MEIRA				BANCÁRIOS		58051593	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
JOAO PESSOA - PB						(83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante				CNES		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				2593262		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
FRATURA DE TIBIA DIREITA, PERIPLACA.		
CID	Data de encaminhamento	
T14.9	06/05/2018 11:36:03	

Dr Francinilo Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800
Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	UF PB
			Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:29:54	
Anamnese PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERENCIA LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR E PERISTALTICO CD: SEM ALTERAÇÕES DA CIRURGIA GERAL NO MOMENTO ALTA DA CIR GERAL A DISPOSIÇÃO			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta Em observação			

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Cirurgia Geral
CRM-PB 6700

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:48

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280715&pesquisa=S&perform=imprimirPres...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		SAE 1080968	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NELZA MERA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB	
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:16:45	
Anamnese NEUROCIRURGIA D2 POLITRAUMATISMO G15, EDEMA PERIORBITÁRIO TC SEM LESÕES INTRACRANIANA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA				
Conduta Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA


 THIAGO GOMES MARTINS
 (CRM: 7624/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORP JO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

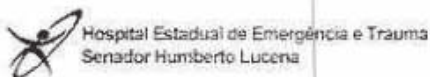
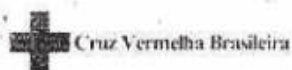
2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAntiores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao&



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		BAE 1030068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO	Nº Cons. Regional 5252/PB	
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 09:48:15	
Anamnese # CIRURGIA TORÁCICA. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCCOLIZADO. TC DE TORAX SEM PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL OU FRATURAS. LESÃO NODULAR DE PULMÃO ESQUERDO. CD: - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA. - ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERENCIA PARA AVALIAÇÃO POSTERIOR.				
Conduta Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. José EURIDES Liberalino
 Cirurgião Torácico
 CRM 5252
 JOSE EURIDES LIBERALINO
 (: 5252/PB)





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	06/05/18 06:50
Usuário:	WESLEY
Boleim	1080068

Nome	JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Data de	15/09/1958	Idade	59a 7m 21d	Sexo	MASCULINO	Nº	1080068	Nº Proprietário		Data Prescrição	06/05/2018 06:50:13
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito												
Validade da Prescrição	06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00												
Convenio	SUS												
Matricula	Senha												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0.0					
---	--	-----	--	--	--	--	--

05 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira Da Silva
Médico Residente em Cirurgia Geral
CRM: 9270

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



06/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280525&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	RAE 1880066	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 16/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900009000
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 9270/
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 06:50:13	
Anamnese			
# CIRURGIA GERAL#			
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO,, COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA,, E RNC.			
FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO.			
TC DE TORAXDENSIFICIÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA DISCRETAS ÁREA DE ESPESSEAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CISTICAS SUBPLEURAS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO			
CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA			
CUIDADOS			
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA			
Conduta			
Em observação			

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 16:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280525&pesquisa=S&perform=imprimirPres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 42



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-06 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA		Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	
Anamnese PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D. PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO				
Conduta Alta médica				
Alta Hospitalar Usuário TORIBIO GOMES PEREIRA Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR Data e Hora 06/05/2018 03:16:58 Observações				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280467&pesquisa=S&perform=imprimirPro...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 20:30:26	

Anamnese

#NCR

Paciente vítima de acidente motociclistico por volta das 12h, com relato de perda de consciência e desorientação.

Ao exame

AO=4 RV=4 RM=6

Iso:/foto

Mobiliza os 4 membros

Tc crânio sem alterações traumáticas agudas

cd. OBS NCR

ortopedia

paciente em observação da NCR ,HIPORESPONSIVO ,NÃO CONSEGUI ENCONTRAR OS EXAMES RADIOGRAFICOS NO SISTEMA .

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9350

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280297&pesquisa=S&perform=imprimirPres>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 125859 e Prontuário Nº 2018.05.000733 pertencentes a **JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 06/05/2018 às 15H36min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura proximal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2018 com alta médica dia 05/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 125859 Atd: Nao Regular
Data: 06/05/2018
Hora: 15:36:07
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.05.000733

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 3

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

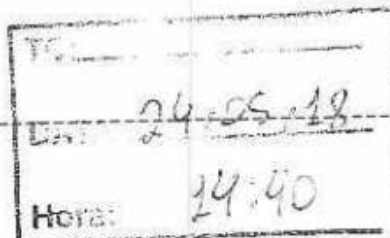
2. Indicação: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |

Observacao

Queixa Principal

UMA NO MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do ortopedico com fratura de fêmur
e de tibia e fibula. Fratura exposta e aberta
do tibia e fibula. 1/3 proximal

Diagnostico

Fratura de fêmur e tibia e fibula

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

[] Desistencia

[] UTI

[] Alta a pedido

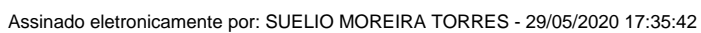
[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

[] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Mec=





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Filho</u>	Data da Admissão: <u>1/1/</u>
Prontuário: _____	Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____	Bairro: _____
Endereço: _____	Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento <u>1/1/</u>
OPD: <u>Trauma em 1/3 parte do corpo</u>	
HDA: <u>Sofreu trauma 1/3 parte do corpo, edema, dor, e edema no membro superior</u>	
<u>No membro superior, dor, e edema no membro superior</u>	
<u>de 1/3 parte do corpo, dor, e edema no membro superior</u>	
Medicações em uso: _____	
Interrogatório Sintomatológico:	
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____	
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume	
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____	
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos	
SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor	

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Receituário

Paciente: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Idade: 59

Data: 06/05/2018 11:35:03 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080068

ENCAMINHAMENTO

AO ORTORAUMA.

#ORTOPEDIA#

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA, IMEDIATAMENTE ABAIXO DE MATERIAL DE SÍNTESE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinello Freitas
Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS

9603/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX				Registro:	
Idade: 59	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 01/06/18	Cirurgião: Dr. ROBERTO ALMEIDA			1º Assistente: LEONARDO R3	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
- FRATURA E TIBIA PROXIMAL (FRATURA PENIPALCA)				(D)	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
- RMS +					
- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E TIBIA PROXIMAL				(D)	
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) PACIENTE em DDH SOB CLAMINTESSIA
	2) ASSESSIA + ANTISSEPSIA
	3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
Incisão:	4) INCISÃO em REGIÃO POSTEROMEDIAL
	8) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍBIA (D)
	5) DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO D-
Achados:	FRATURA
	6) FRATURA em TÍBIA PROXIMAL (D)
	7) PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE em PLATO MEDIAL (D)
Conduta:	8) RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
	9) REDUÇÃO ABERTA
	10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T"
	10 FIOS + 2 PLATOSOS ESPONJOSOS
	E 5 PLATOSOS CORTICIS
	11) SUTURA POR PLANOS
	12) CURATIVO
	13) Rx DE CONTROLE
Fechamento:	14) TAPA COXOPOTÁLICA
OBS:	MARCA DR. ROBERTO ALMEIDA
	AMBULATÓRIO

Data: 01.06.18

Dr. Leonardo
Médico
CRM/PB 10330
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		João Evangelista Félix de Sousa		PRONTUÁRIO Nº	
DIAGNÓSTICO	SEXO	IDADE	CLÍNICA	ENF	LEITO
			Orto	82	436
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
06/05/18		05/06/18			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do fêmur proximal direito					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
CONTINUAÇÃO DE DIAGNÓSTICO					
PRINCIPAIS EXAMES					
E.F. + Radiografia					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
Osteossíntese da tibia proximal direita					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INSTRUÇÃO F.O.		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLTA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO		REMOVEDO	
		A PEDIDO		CURADO	
				ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA E EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLEXA
Paciente com história de fratura do fêmur proximal direito com fratura de tibia proximal esquerda e osteossíntese realizada com placas e parafusos. Em seguida, em 05/06/18, foi realizada a osteossíntese da tibia proximal direita com placa e parafusos. Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem complicações, e foi alta em 05/06/18.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Ligeira
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 15 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 30 dias e com esforço maior em 45 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se voltar febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: Espiridina 300mg, Analg 750mg, Analgesia

RETORNO Ao posto de saúde em 15 dias para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Roberto Almeida em 30 dias para revisão 15 dias.

05/06/18
DATA

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM 100000
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO







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

65000000029868826

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAO EVANGELISTA FELIX OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/58
NOME DA MÃE	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.068
DATA DO ATENDIMENTO	05/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com sinais de ingesta de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocóricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tíbia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira. Ferimento em região inguinal esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
TC de face
TC de torax
TC de abdomen superior
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tíbia direita

TRATAMENTO:

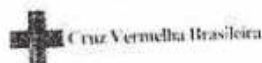
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	06/05/18
DATA DA EMISSÃO:	21/09/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/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 Emergências e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID 1286330	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias			Pontuação
Mãe NAO INFORMADO			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MERA
Número 511	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 140 x 80 mmHg	Pulso 17	Temperatura 36
--------------------------------	-----------------	-----------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos:

*Valores vitais de rotina como rotina de enfermagem
atendendo PPS e encaminhando para o Pronto Socorro.*

Diagnóstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

*Realiza Sinais Vitais de rotina
atendendo PPS e encaminhando para o Pronto Socorro.*

Imprimir

05/05/2018 15:46





Data: 05/05/18 15:56
Usuário: DANIEL HORTIZ
Boleim: 1080068



PRESCRIÇÃO MÉDICA

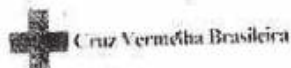
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO	01/01/1972	46a 4m 4d	MASCULINO	1080068		05/05/2018 15:56:47
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00					
Convenio	Matricula					
SUS	Senha					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		EV.			AGORA
2 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		EV.			AGORA
4 CEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		EV.			AGORA
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
6 PARECER ORTO	0.0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

Dr. Daniel Hortiz
Cirurgia Digestiva
CRM: 10.976
05 de Maio de 2018

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACINTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46a 4m 4d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	Nº Cons. Regional 10976/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 15:56:47		

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM SINAIS DE INGESTA ALCOOLICA.
RELATO DE TER SIDO VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO (PILOTO DA MOTO) COM TCE

A: VAP, COLAR CERVICAL
B: EUPNEICO, TORAX ESTAVEL, SAT 98%
C: FC 80 PA 120 X 80 PULSOS CHEIOS RITMICOS E SIMETRICOS
D: GLASGOW 14 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
E: HEMATOMA SUPRAORBITAL DIREITO, ESCORIAÇÕES E FCC EM FACE, SINAIS DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, ABDOME INOCENTE, RACIA ESTAVEL

HD POLITRAUMA
TCE
FRATURA DE TIBIA?
TRAUMA FACIAL

CD: SOL TC DE CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX E ABDOME
RX DA PERNA DIREITA
AVAL DA ORTOPEDIA
AVAL DA NEUROCIR
AVAL DA BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Dr. Daniel Hortic
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM-PB 976



CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

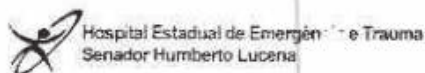
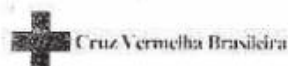
Em observação

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM/PB 10.976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE
(: 10976/PB)





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA							
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
15/09/1958	59A 7M 21D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome da Pai			
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço				Bairro		Cep	
BANCÁRIA NEUZA MEIRA				BANCÁRIOS		58051593	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
JOAO PESSOA - PB						(83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante				CNES		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				2593262		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
FRATURA DE TIBIA DIREITA, PERIPLACA.		
CID	Data de encaminhamento	
T14.9	06/05/2018 11:36:03	

Dr Francinildo Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800
Assinatura e carimbo do profissional



06/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280715&pesquisa=U&perform=imprimirPres



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		Prontuário		
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB	
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:29:54		
Anamnese PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERENCIA LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR ABDOME FLACIDO, INDOLOR E PERISTALTICO CD: SEM ALTERAÇÕES DA CIRURGIA GERAL NO MOMENTO ALTA DA CIR GERAL A DISPOSIÇÃO				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta				
Em observação				

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Cirurgia Geral
CRM-PB 6700

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:48

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280715&pesquisa=S&perform=imprimirPres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 60

06/05/2018

172.16.0.5:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAntiores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=i...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		SAE 1080968	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço BANCÁRIA NELZA MERA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS		Nº Cons. Regional 7624/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:16:45		
Anamnese NEUROCIRURGIA D2 POLITRAUMATISMO G15, EDEMA PERIORBITÁRIO TC SEM LESÕES INTRACRANIANA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA				
Conduta Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA


 THIAGO GOMES MARTINS
 (CRM: 7624/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORP JO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAntiores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao&

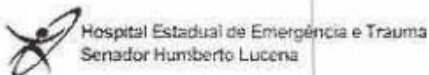
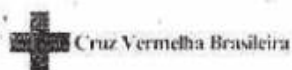


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 61



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		BAE 1030068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO	Nº Cons. Regional 5252/PB	
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 09:48:15	
Anamnese # CIRURGIA TORÁCICA. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCCOLIZADO. TC DE TORAX SEM PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL OU FRATURAS. LESÃO NODULAR DE PULMÃO ESQUERDO. CD: - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA. - ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERENCIA PARA AVALIAÇÃO POSTERIOR.				
Conduta Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Torácico
CRM 5252
JOSE EURIDES LIBERALINO
(: 5252/PB)





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 06/05/18 06:50	Usuário: WESLEY	Boleim 1080068				
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Proprietário	Data Prescrição
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	15/09/1958	59a 7m 21d	MASCULINO	1080068		06/05/2018 06:50:13
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição					
	06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00					
Convenio	Matricula		Senha			
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0.0						

06 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira Da Silva
Médico Residente em Cirurgia Geral
CRM: 9270

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



06/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280525&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		RAE 1880066	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 16/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900009000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		Prontuário		
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA		Nº Cons. Regional 9270/
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 06:50:13		
Anamnese				
# CIRURGIA GERAL#				
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO,, COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA,, E RNC.				
FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO.				
TC DE TORAXDENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA DISCRETAS ÁREA DE ESPESSEAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CISTICAS SUBPLEURAS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO				
CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA				
CUIDADOS				
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA				
Conduta				
Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 16:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280525&pesquisa=S&perform=imprimirPres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 64



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-06 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA		Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	
Anamnese PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D. PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO				
Conduta Alta médica				
Alta Hospitalar Usuário TORIBIO GOMES PEREIRA Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR Data e Hora 06/05/2018 03:16:58 Observações				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280467&pesquisa=S&perform=imprimirPro



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 20:30:26	

Anamnese

#NCR

Paciente vítima de acidente motociclistico por volta das 12h, com relato de perda de consciência e desorientação.

Ao exame

AO=4 RV=4 RM=6

Iso:/foto

Mobiliza os 4 membros

Tc crânio sem alterações traumáticas agudas

cd. OBS NCR

ortopedia

paciente em observação da NCR ,HIPORESPONSIVO ,NÃO CONSEGUI ENCONTRAR OS EXAMES RADIOGRAFICOS NO SISTEMA .

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9350

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280297&pesquisa=S&perform=imprimirPres>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 125859 e Prontuário Nº 2018.05.000733 pertencentes a **JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 06/05/2018 às 15H36min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura proximal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2018 com alta médica dia 05/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 125859 Atd: Nao Regular
Data: 06/05/2018
Hora: 15:36:07
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.05.000733

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 3

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

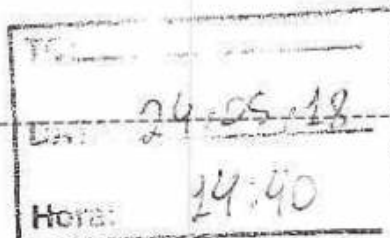
2. Indicação: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

UMA NO MI

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do ortopedico com queixa de dor
na região da coxa esquerda. Achei o paciente com
dores na região da coxa esquerda e na região da
perna esquerda. Exame físico: 1/3 normal

Diagnostico

Conduta: R.P.

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

☐ Desistencia

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

[] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me=





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Kelly</u>	Data da Admissão: <u>1/1/</u>
Prontuário: _____	Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____	Bairro: _____
Endereço: _____	Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento <u>1/1/</u>
OPD: <u>Trauma em 1/3 por acidente</u>	
HDA: <u>Sofreu trauma 1/3 por acidente</u> <u>no dor, edema, ferida aberta</u> <u>no membro superior direito, com ferida</u> <u>de 2cm x 1cm, com perda de sangue</u> <u>fixa.</u>	
Medicações em uso: _____	
Interrogatório Sintomatológico:	
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____	
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume	
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____	
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos	
SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor	

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Receituário

Paciente: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Idade: 59

Data: 06/05/2018 11:35:03 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080068

ENCAMINHAMENTO

AO ORTORAUMA.

#ORTOPEDIA#

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA, IMEDIATAMENTE ABAIXO DE MATERIAL DE SÍNTESE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinello Freitas
Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS

9603/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>JOÃO EVANGELISTA FÉLIX</u>				Registro:	
Idade: <u>59</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>01/06/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. ROBERTO ALMEIDA</u>			1º Assistente: <u>LEONARDO R3</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>- FRATURA E TÍBIA PROXIMAL</u>				<u>(D)</u>	
<u>(FRATURA PENÍPLACA)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- RMS +</u>					
<u>- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE</u>					
<u>FRATURA E TÍBIA PROXIMAL</u>				<u>(D)</u>	
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 () Sim	
				2 (X) Não	
Biópsia de Congelação:				1 () Sim	
				2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) PACIENTE em DDH SOB CLAMINTESSA
	2) ASSESSIA + ANTISSEPSIA
	3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
Incisão:	4) INCISÃO em REGIÃO POSTEROMEDIAL 8) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍBIA (D)
Achados:	5) DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO D- FRACTURA
	6) FRACTURA em TÍBIA PROXIMAL (D)
	7) PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE em PLATO MEDIAL (D)
Conduta:	8) RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
	9) REDUÇÃO ABERTA
	10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T" 10 FIOS + 2 PLATFUSOS ESPONGIOSOS E 5 PLATFUSOS CORTICIS
	11) SUTURA POR PLANOS
	12) CURATIVO
	13) Rx DE CONTROLE
Fechamento:	14) TAPA COXOPOTÁLICA
OBS:	MARCA DR. ROBERTO AUMIDA AMBULATÓRIO

Data: 01.06.18

Dr. Leonardo
Médico
CRM/PB 10334
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		João Evangelista Félix de Sousa		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
			Orto	82	436
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
06/05/18		05/06/18			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura do fêmur proximal direito					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
CONTINUAÇÃO DE DIAGNÓSTICO					
PRINCIPAIS EXAMES					
E.F. + Radiografia					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
Osteossíntese da tibia proximal direita					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INSTRUÇÃO F.O.		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLTA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO		REMOVEDO	
		A PEDIDO		CURADO	
				ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
Paciente com história de fratura do fêmur proximal direito com fratura da tibia proximal esquerda e osteossíntese realizada com placas e parafusos. Em seguida, em 05/06/18, foi realizada a osteossíntese da tibia proximal direita com placa e parafusos.	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	líquida
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se voltar febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: Espiridina 300mg, Analg 750mg, Analg 750mg	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do Dr. Roberto Almeida em 30 dias para revisão 15 dias

05/06/18
DATA

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM 100000
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO





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

65000000029868826

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAO EVANGELISTA FELIX OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/58
NOME DA MÃE	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.068
DATA DO ATENDIMENTO	05/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com sinais de ingesta de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocóricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tíbia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira. Ferimento em região inguinal esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
TC de face
TC de torax
TC de abdomen superior
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tíbia direita

TRATAMENTO:

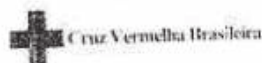
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	06/05/18
DATA DA EMISSÃO:	21/09/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/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 Emergências e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1080068



Identificação do paciente

ID 1286330	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias			Pontuação
Mãe NAO INFORMADO			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MERA
Número 511	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 140 x 90 mmHg	Pulso 77	Temperatura 36°
--------------------------------	-----------------	------------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos:

*Valores vitais de rotina como rotina de enfermagem
atendendo PPS e encaminhando para o Pronto Socorro.*

Diagnóstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

*Realizado por enfermeira
CORES DE VITÓRIA*

Imprimir

05/05/2018 15:46





Data: 05/05/18 15:56
Usuário: DANIEL HORTIZ
Boleim: 1080068



PRESCRIÇÃO MÉDICA

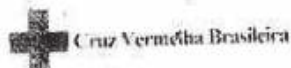
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO	01/01/1972	46a 4m 4d	MASCULINO	1080068		05/05/2018 15:56:47
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00					
Convenio	Matricula					
SUS	Série					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML		EV.			AGORA
2 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		EV.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		EV.			AGORA
4 CEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		EV.			AGORA
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
6 PARECER ORTO	0.0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

Dr. Daniel Hortiz
Cirurgia Digestiva
CRM: 10.976
05 de Maio de 2018

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACINTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46a 4m 4d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	Nº Cons. Regional 10976/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 15:56:47		

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM SINAIS DE INGESTA ALCOOLICA.
RELATO DE TER SIDO VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO (PILOTO DA MOTO) COM TCE

A: VAP, COLAR CERVICAL
B: EUPNEICO, TORAX ESTAVEL, SAT 98%
C: FC 80 PA 120 X 80 PULSOS CHEIOS RITMICOS E SIMETRICOS
D: GLASGOW 14 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
E: HEMATOMA SUPRAORBITAL DIREITO, ESCORIAÇÕES E FCC EM FACE, SINAIS DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, ABDOME INOCENTE, RACIA ESTAVEL

HD POLITRAUMA
TCE
FRATURA DE TIBIA?
TRAUMA FACIAL

CD: SOL TC DE CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX E ABDOME
RX DA PERNA DIREITA
AVAL DA ORTOPEDIA
AVAL DA NEUROCIR
AVAL DA BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Dr. Daniel Hortic
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM 10.976



CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

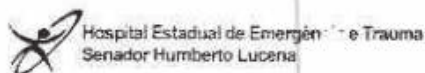
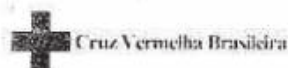
Em observação

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM/PB 10.976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE
(: 10976/PB)





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA							
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
15/09/1958	59A 7M 21D	Masculino	PARDA				
Nome da Mãe				Nome da Pai			
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço				Bairro		Cep	
BANCÁRIA NEUZA MEIRA				BANCÁRIOS		58051593	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
JOAO PESSOA - PB						(83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante				CNES		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				2593262		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
FRATURA DE TIBIA DIREITA, PERIPLACA.		
CID	Data de encaminhamento	
T14.9	06/05/2018 11:36:03	

Dr Francinildo Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800
Assinatura e carimbo do profissional



06/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280715&pesquisa=nome...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa				
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS				
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900000000				
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB				
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB				
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:29:54					
Anamnese PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERENCIA LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR ABDOME FLACIDO, INDOLOR E PERISTALTICO CD: SEM ALTERAÇÕES DA CIRURGIA GERAL NO MOMENTO ALTA DA CIR GERAL A DISPOSIÇÃO							
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T14.9</td> <td>Traumatismo não especificado</td> </tr> </tbody> </table>				Código	Descrição	T14.9	Traumatismo não especificado
Código	Descrição						
T14.9	Traumatismo não especificado						
Conduta Em observação							

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Cirurgia Geral
CRM-PB 6700

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280715&pesquisa=S&perform=imprimirPres...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 82

06/05/2018

172.16.0.5:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAntiores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=i...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

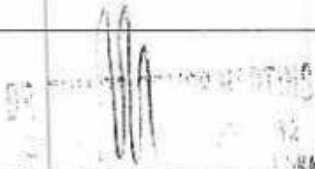
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		SAE 1080968	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço BANCÁRIA NELZA MERA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB	
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:16:45		
Anamnese NEUROCIRURGIA D2 POLITRAUMATISMO G15, EDEMA PERIORBITÁRIO TC SEM LESÕES INTRACRANIANA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA				
Conduta Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA


 THIAGO GOMES MARTINS
 (CRM: 7624/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORP JO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAntiores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao&

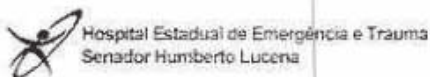
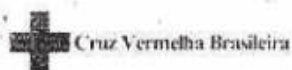


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 83



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		BAE 1030068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO	Nº Cons. Regional 5252/PB	
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12			Data/Hora Prescrição 06/05/2018 09:48:15	
Anamnese # CIRURGIA TORÁCICA. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCCOLIZADO. TC DE TORAX SEM PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL OU FRATURAS. LESÃO NODULAR DE PULMÃO ESQUERDO. CD: - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA. - ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERENCIA PARA AVALIAÇÃO POSTERIOR.				
Conduta Em observação				

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Torácico
CRM 5252
JOSE EURIDES LIBERALINO
(: 5252/PB)





Coiz Vermelha
Brasiléia

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 06/05/18 06:50		Usuário: WESLEY		Boleim 1080068	
Data Prescrição: 06/05/2018 06:50:13		Nº Proprietário: 1080068		Validade da Prescrição: 06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00	
Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		Idade: 59a 7m 21d		Sexo: MASCULINO	
Motivo do Atendimento: Enfermária / Leito		Matricula		Senha	
Convenio: SUS					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0.0						

06 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira Da Silva
Médico Residente em Cirurgia Geral
CRM: 9270

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



06/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280525&pesquisa=S&pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	RAE 1880066	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 16/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900009000
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 92701
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 06:50:13	
Anamnese			
# CIRURGIA GERAL#			
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO,, COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA,, E RNC.			
FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO.			
TC DE TORAX DENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA DISCRETAS ÁREA DE ESPESSEAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CISTICAS SUBPLEURAS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO			
CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA			
CUIDADOS			
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA			
Conduta			
Em observação			

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 92701)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 16:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280525&pesquisa=S&perform=imprimirPres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 86



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-06 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900000000
			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	
Anamnese PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D. PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO			
Conduta Alta médica			
Alta Hospitalar Usuário TORIBIO GOMES PEREIRA Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR Data e Hora 06/05/2018 03:16:58 Observações			

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280467&pesquisa=S&perform=imprimirPro...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826

Número do documento: 20052917354165300000029868826



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 20:30:26	

Anamnese

#NCR

Paciente vítima de acidente motociclistico por volta das 12h, com relato de perda de consciência e desorientação.

Ao exame

AO=4 RV=4 RM=6

Iso:/foto

Mobiliza os 4 membros

Tc crânio sem alterações traumáticas agudas

cd. OBS NCR

ortopedia

paciente em observação da NCR ,HIPORESPONSIVO ,NÃO CONSEGUI ENCONTRAR OS EXAMES RADIOGRAFICOS NO SISTEMA .

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9350

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:46

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280297&pesquisa=S&perform=imprimirPres>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>

Número do documento: 20052917354165300000029868826



CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 125859 e Prontuário Nº 2018.05.000733 pertencentes a **JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 06/05/2018 às 15H36min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura proximal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2018 com alta médica dia 05/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 125859 Atd: Nao Regular
Data: 06/05/2018
Hora: 15:36:07
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.05.000733

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 3

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

2. Indicação: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

24-05-18
14:40

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

UMA NO MI

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do ortopedico com queixa de dor
na região da coxa esquerda. Achei o paciente com
dores na região da coxa esquerda e na região da
perna esquerda. Exame físico: 1/3 normal

Diagnostico

Conduta: R.P.

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

[] Desistencia

[] UTI

[] Alta a pedido

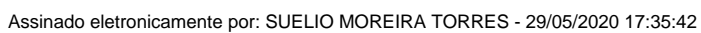
[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

[] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Mec=





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Filho</u>	Data da Admissão: <u>1/1/</u>
Prontuário: _____	Idade: _____
Nome da Mãe: _____	Enfermaria: _____
Endereço: _____	Leito: _____
Cidade: _____	Bairro: _____
Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Profissão: _____
Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento <u>1/1/</u>
OPD: <u>Trauma em 1/3 frontal fechado</u>	
HDA: <u>Sofreu trauma 1/3 frontal a 4 km</u> <u>do car, edema facial leve</u> <u>no hemifaco direito com fratura</u> <u>de platibásica, sendo deitado em</u> <u>fixação.</u>	
Medicações em uso: _____	
Interrogatório Sintomatológico:	
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____	
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume	
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____	
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos	
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor	

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Receituário

Paciente: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Idade: 59

Data: 06/05/2018 11:35:03 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080068

ENCAMINHAMENTO

AO ORTORAUMA.

#ORTOPEDIA#

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA, IMEDIATAMENTE ABAIXO DE MATERIAL DE SÍNTESE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinello Freitas
Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS

9603/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX				Registro:	
Idade: 59	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 01/06/18	Cirurgião: Dr. ROBERTO ALMEIDA			1º Assistente: LEONARDO R3	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
- FRATURA E TIBIA PROXIMAL (FRATURA BEM PLACA)				(D)	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
- RMS +					
- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA E TIBIA PROXIMAL				(D)	
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 () Sim	
				2 (X) Não	
Biópsia de Congelação:				1 () Sim	
				2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) PACIENTE em DDH SOB CLAMINTESSA
	2) ASSESSIA + ANTISSEPSIA
	3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
Incisão:	4) INCISÃO em REGIÃO POSTEROMEDIAL 8) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍBIA (D)
Achados:	5) DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO D- FRACTURA
	6) FRACTURA em TÍBIA PROXIMAL (D)
	7) PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE em PLATO MEDIAL (D)
Conduta:	8) RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
	9) REDUÇÃO ABERTA
	10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T" 10 FIOS + 2 PLATFUSOS ESPONGIOSOS E 5 PLATFUSOS CORTICIS
	11) SUTURA POR PLANOS
	12) CURATIVO
	13) Rx DE CONTROLE
Fechamento:	14) TAPA COXOPOTÁLICA
OBS:	MARCA DR. ROBERTO AUMIDA AMBULATÓRIO

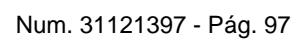
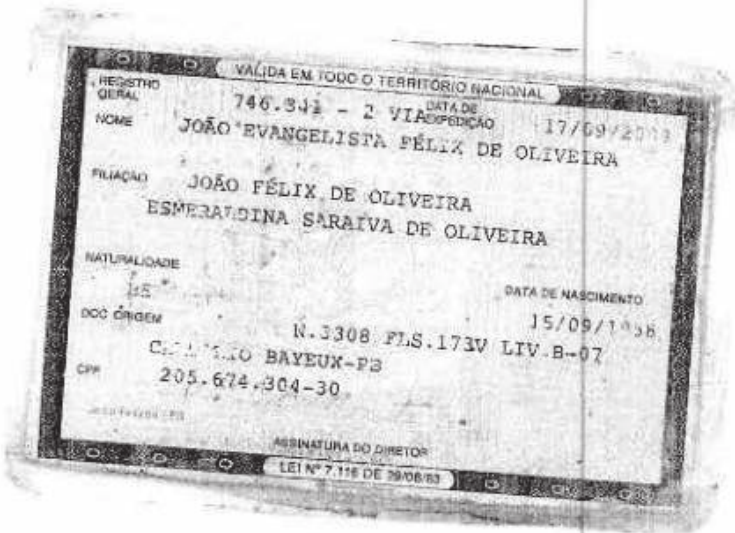
Data: 01.06.18

Dr. Leonardo
Médico
CRM/PB 10334
MÉDICO/CRM


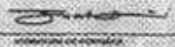
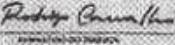
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CADEIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO	
NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA	
<div>  </div>	
<small>INSCRIÇÃO DE REGISTRO</small> 1084562	<small>ESTADO</small> SP
<small>CPF</small> 455.536.024-91	<small>DATA NASCIMENTO</small> 02/04/1967
<small>ENDEREÇO</small> JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
<small>PROFISSÃO</small> [blank]	<small>AC</small> [blank]
<small>DATA REGISTRO</small> 08/04/2019	<small>VALIDADE</small> 10/11/2019
<small>ASSINATURA</small> 	
<small>LOCAL</small> JOAO PEROSA, PB	
<small>DATA REGISTRO</small> 11/11/2014	
<small>ASSINATURA</small> 	
<small>PROFISSÃO</small> [blank]	
<small>DATA REGISTRO</small> 08/04/2019	
<small>VALIDADE</small> 10/11/2019	







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX
DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Evangelista Félix de Oliveira**, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado,, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11173.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Evangelista Félix de Oliveira**, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado,, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11173.01.2019.1.00.401



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX
DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX
DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX
DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Canal de Denúncia: 0800 51 12563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 000 315 66
Nome do beneficiário: João Evangelista F. de Oliveira
Nome do solicitante: José Eduardo da Silva
Data da solicitação: 00/00/00
CPF do beneficiário: 305.674.304-30
CPF do solicitante: 455.536.024-913

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98663-4900
Tel. Comercial: ()
Tel. Residencial: ()
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Fotos (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

João Pessoa - PB 27/04/2020
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>
Número do documento: 20052917354165300000029868826

Num. 31121397 - Pág. 112

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM PERDA DE 50% DA FLEXÃO E 10 GRAUS DE EXTENSÃO, HIPOTROFIA DA COXA DIREITA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM PERDA DE 50% DA FLEXÃO E 10 GRAUS DE EXTENSÃO, HIPOTROFIA DA COXA DIREITA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas:

APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE, DE ACORDO COM PARECER DE ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL EM 31/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) ALTA MÉDICA P.01/20/21

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCESSO JUDICIAL TEVE UM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DA AUDIÇÃO BILATERAL.(13.500)

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE, DE ACORDO COM PARECER DE ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL EM 31/01/2020.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) ALTA MÉDICA P.01/20/21

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCESSO JUDICIAL TEVE UM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DA AUDIÇÃO BILATERAL.(13.500)

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596680 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P18 P19 P20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, EM SINISTRO ANTERIOR (2014/250903 - JUDICIAL) OCORRIDO EM 06/09/2011. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: João Evangelista F. de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Assistente de Manutenção, residente e domiciliado à Rua Zumbi de Palmares nº 24, bairro Mário Andréia, Município de Bayeux, Estado de(o) PB, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 742.341-2, SSP/ PB e CPF nº 205.674.304-30.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Agricultor, residente e domiciliado(a) à Rua General Salsburg nº 157, bairro Marquês, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-304, portador(a) do RG nº 305-4562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) João Evangelista F. de Oliveira, ocorrido em 05/03/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalides.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Pessoa, 26 de setembro de 2019.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Outorgante

CPF Nº 205.674.304-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: João Evangelista F. de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Assistente de Manutenção, residente e domiciliado à Rua Zumbi de Palmares nº 24, bairro Mário Andréia, Município de Bayeux, Estado de(o) PB, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 742.341-2, SSP/ PB e CPF nº 205.674.304-30.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Agricultor, residente e domiciliado(a) à Rua Genle Eucalyptus nº 157, bairro Marquês, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-304, portador(a) do RG nº 305-4562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) João Evangelista F. de Oliveira, ocorrido em 05/03/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalides.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Pessoa, 26 de setembro de 2019.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Outorgante

CPF Nº 205.674.304-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: João Evangelista F. de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Assessor de Marketing, residente e domiciliado à Rua Zumbi de Palmares nº 24, bairro Marius, Andaraia, Município de Bayeux, Estado de(o) PB, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 742.341-2, SSP/ e CPF nº 205.674.304-30.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua General Salsburg nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-304, portador(a) do RG nº 305-4562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) João Evangelista F. de Oliveira, ocorrido em 05/03/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalides.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Outorgante

CPF Nº 205.674.304-30

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026750/20

Número do Sinistro: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA
CPF: 205.674.304-30

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026750/20

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414038/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 05/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

