



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	<a href="#"><u>2719573_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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 15337950

Pag. 00719/00720 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030360



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. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Num. 31121397 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 01165/0166 - carta\_09 - INVALIDEZ



00030583

Carta nº 15734881



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. 4



## 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 ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  205.674.304-30 *Jacó 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:  6 - CPF:  205.674.304-30  
 7 - Profissão:  7 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  
 RECURSO R. Lumbi, 1000 Palmares  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 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\$1.00 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:  (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:  Sim  Não  26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não  29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  30 - Vítima deixou  Sim  Não  31 - Vítima  Sim  Não  32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  33 - Vítima deixou  Sim  Não  pais/avós vivos?  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)

38 - 1º | Nome:   
CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:   
CPF:

40 - Local e Data:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (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. 5



## 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 ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  205.674.304-30 *Jacó 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:  6 - CPF:  205.674.304-30  
 7 - Profissão:  7 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  
 RECURSO R. Lumbi, 1000 Palmares  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 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\$1.00 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)

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

AGÊNCIA:  3911 CONTA:  634235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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)

40 - Local e Data:

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jacó Pessoa - PB 24/11/2019  
 Jacó Evangelista Félix da Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





## 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 ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  205.674.304-30 *Jacó 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:  6 - CPF:  205.674.304-30  
 7 - Profissão:  7 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  
 RECURSO R. Lumbi, 1000 Palmares  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 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\$1.00 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:  (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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

*Jacó Pessoa - PB 24/11/2019*  
*Jacó Evangelista Félix da Oliveira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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, OSTEOSÍNTESE 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 DEFÍCIT 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 DEFÍCIT 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"  "Sem sequela permanente"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias  
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): <b>JOELHO - Lado Direito</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <b>(X) 50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo

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

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

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



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. 8



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11173.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa intercessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11173.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa intercessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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:**

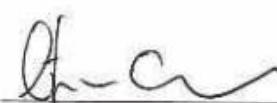
Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11173.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa intercessada, 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:**

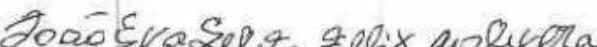
QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11173.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa intercessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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:**

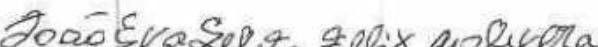
QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1



## 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 ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  205.674.304-30 *Jacó 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:  6 - CPF:  205.674.304-30  
 7 - Profissão:  7 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  
 RECURSO R. Lumbi, 1000 Palmares  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 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\$1.00 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  (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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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)

38 - 1º | Nome:   
CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:   
CPF:

40 - Local e Data:

*Jacó Pessoa - PB 24/11/2019*  
*Jacó Evangelista Felix da Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

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 ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  205.674.304-30 *Jacó 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:  6 - CPF:  205.674.304-30  
 7 - Profissão:  7 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  
 RECURSO R. Lumbi, 1000 Palmares  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 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\$1.00 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  (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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data:

*Jacó Pessoa - PB 24/11/2019*  
*Jacó Evangelista Félix da Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





## 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 ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  205.674.304-30 *Jacó 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:  6 - CPF:  205.674.304-30  
 7 - Profissão:  7 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  
 RECURSO R. Lumbi, 1000 Palmares  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 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\$1.00 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  (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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data:

*Jacó Pessoa - PB 24/11/2019*  
*Jacó Evangelista Félix da Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serraria Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

CPF (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 59 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Protestante
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		PA JOAC FELIX DE OLIVEIRA		
Cidade 33		Responsável (Pai/Mãe/Outro) O MESMO - O MESMO/A		
CEP 58051503	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	DDD Fixo	
Número documento (RG/IDENTIDADE)	Número documento 746341	Nº Cna	Nº Cna	
Local de procedência BANCARIOS		Type BAIRRO	UF PB	
Endereço BANCARIOS		CEP/CFC BANCÁRIA NEUZA MEIRA		
Naturalidade BAYEUX		Bairro BANCARIOS		

## Endereço

CEP 58051503	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número 511	Complemento	Bairro BANCARIOS	

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

Centro policial 430	Piano de saúde Não	Veículo de ambulância Não
Jeff. de transporte SAMU	Quem transportou	

## Sinais Vitais

xx	mmHg	pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

xx	xx	xx
----	----	----

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serraria Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

CPF (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 59 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Protestante
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		PA JOAC FELIX DE OLIVEIRA		
Cidade 33		Responsável (Pai/Mãe/Outro) O MESMO - O MESMO/A		
CEP 58051503	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	DDD Fixo	
Número documento (RG/IDENTIDADE)	Número documento 746341	Nº Cna	Nº Cna	
Local de procedência BANCARIOS		Type BAIRRO	UF PB	
Endereço BANCARIOS		CEP/CFC BANCÁRIA NEUZA MEIRA		
Naturalidade BAYEUX		Bairro BANCARIOS		

## Endereço

CEP 58051503	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número 511	Complemento	Bairro BANCARIOS	

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

Centro policial 430	Piano de saúde Não	Veículo de ambulância Não
Jeff. de transporte SAMU	Quem transportou	

## Sinais Vitais

xx	mmHg	pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:

Já foi feito:

Atendido por:

KELLY DE SOUZA BARBOSA

Imprimir

ID:

Tempo: 01min 34seg

Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serrado Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

CPF (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 59 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Protestante
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		PA JOAC FELIX DE OLIVEIRA		
Endereço				Responsável (Pai/Mãe/Outro) O MESMO - O MESMO/A
CEP 58051503	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	DDD Fixo	
Número SIN	Número documento 746341	Nº Cna		
RG (DENTIDADE)		Type		
Local de procedência BANCARIOS		BAIRRO	78	
Estado	Naturalidade BAYEUX	CEC/F.		

## Endereço

CEP 58051503	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número SIN	Complemento		Bairro BANCARIOS

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

Centro policial 430	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não
Jeff. de transporte SAMU		Quem transportou

## Sinais Vitais

xx	mmHg	pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:

Exame: Ostico	012
Motivado por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 01min 34seg
imprimir	

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serraria Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

CPF (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento (5/09/1958)	Idade 59 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Protestante
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		PA JOAC FELIX DE OLIVEIRA		
Cidade 33		Responsável (Pai/Mãe/Outro) O MESMO - O MESMO/A		
CEP 58051503	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	DDD Fixo	
Número documento (RG/IDENTIDADE)	Número documento 746341	Nº Cna	Nº Cna	
Local de procedência BANCARIOS		Type BAIRRO	UF PB	
Endereço BANCARIOS		CEP/CFC BANCÁRIA NEUZA MEIRA		
Naturalidade BAYEUX		Bairro BANCARIOS		

## Endereço

CEP 58051503	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número 511	Complemento	Bairro BANCARIOS	

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

Centro policial 450	Piano de saúde Não	Veículo de ambulância Não
Jeff. de transporte SAMU	Quem transportou	

## Sinais Vitais

xx	mmHg	pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:

Já foi feito:

Atendido por:

KELLY DE SOUZA BARBOSA

Imprimir

012

Tempo  
01min 34seg

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serraria Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

Nome (236330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento (5/09/1958)	Idade 59 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Protestante
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA		PA JOAC FELIX DE OLIVEIRA		
Endereço				Responsável (Pai/Mãe/Outro) O MESMO - O MESMO/A
Endereço CEP 53	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	DDD Fixo	
Documento RG (DENTIDADE)	Número documento 746341	Nº Cna		
Local de procedência BANCARIOS		Tipo BAIRRO	UF PB	CEP/R.
Endereço	Naturalidade BAYEUX			

## Endereço

CEP 58051503	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 511	Complemento		Bairro BANCARIOS

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

Transportado Nao	Piano de saúde Não	Veículo de ambulância Não
Je. de transporte SAMU		Quem transportou

## Sinais Vitais

P.A. X	mmHg	P脉	Temperatura
-----------	------	----	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:

Exame: Ostico	012
---------------	-----

Medido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 01min 34seg
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



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. 21



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é哼presa de conta.

Entre em sua simples pagamento da nota fiscal online da sua conta eletrônica. N° 029.654.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.432-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago:
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 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 sem valor fiscal.

Documento não é哼presa de conta.

Entre em sua simples pagamento da nota fiscal online da sua conta eletrônica. N° 029.654.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.432-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

### REFERÊNCIA

### APRESENTAÇÃO

### CONSUMO

### VENCIMENTO

### TOTAL A PAGAR

AGO/2019

20/08/2019

150

27/08/2019

R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:3064-3/2447-3



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. 25



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é哼presa de conta.

Entre em sua simples pagamento da nota fiscal online da sua conta eletrônica. N° 029.654.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.432-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

### REFERÊNCIA

### APRESENTAÇÃO

### CONSUMO

### VENCIMENTO

### TOTAL A PAGAR

AGO/2019

20/08/2019

150

27/08/2019

R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:3064-3/2447-3



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. 27



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 à 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>Manoelândia</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 25/10/19

Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 à 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>Manoelândia</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 25/10/19

Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 à 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>Manoelândia</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 25/10/19

Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José 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 N° 205674304.30  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira  
Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 à 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>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 25/10/19

Assinatura do Declarante





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

20/09/2018  
Dr. Vanda

## 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 ingestão de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocoricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdômen 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 abdômen superior
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia 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





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

D 1286330	Nome PACINTE NAO IDENTIFICADO			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Profissão
Mãe NAO INFORMADO				Pal NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fijo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência BANCARIOS				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade	CBOR		

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento	Bairro BANCÁRIOS	

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA 140 x 80 mmHg | P脉 17 | Temperatura 36°

## Exames complementares

Raios X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos  
Palpou pulsos de pulso fino e fraco  
Almenado tbc e envenenamento

## Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Raios X Sangue Urina TC Líquor ECG Ultrasonografia

enfermeiro

CORPO

Imprimir

Data: 05/05/2018 15:46:12  
Páginas: 1

05/05/2018 15:46:12





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data:	05/05/18 15:56
Usuario:	DANIEL HORTIZ
Boletoim:	<b>1080068</b>



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	PACINTE NAO IDENTIFICADO		
Motivo do Acolhimento			
	Data de Nascimento	46a 4m 4d	MASCULINO
	01/01/1972		1080068
Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição
			05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00
		Matrícula	Senha
Convenio			
SUS			

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

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE  
CRM: 10976

Assinatura e Cacimbo do Profissional

05 de Maio de 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291735416530000029868826>  
Número do documento: 2005291735416530000029868826

Num. 31121397 - Pág. 34



**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

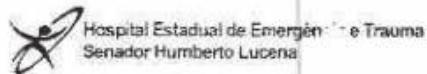
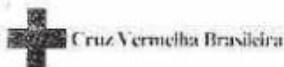
Em observação

Dr. Daniel Ortiz  
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

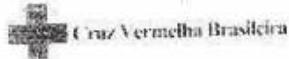
Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA					CNS		Prontuário
Data de Nascimento 15/09/1958	Idade 59A 7M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Nome da Pai JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA				Bairro BANCÁRIOS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

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço 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 T14.9	Data de encaminhamento 06/05/2018 11:36:03	

  
 Dr. Francinélio Freitas  
 Médico  
 CRM PB 9603  
 CNIS 703404579257800  
 Assinatura e carimbo do profissional





## 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	Telefone de Contato (63) 900000000
Mae ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
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 REFERNCIA

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

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

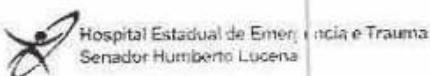
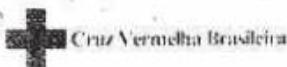
Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORFÍNIO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:48

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



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>		SAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada: <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>		Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>		Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>THIAGO GOMES MARTINS</b>	Nº Cons. Regional <b>7624/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>			Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 10:16:45</b>	

## 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

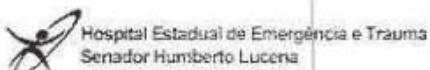
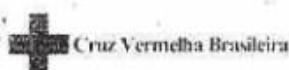
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao&

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. 39



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa:
Data de nascimento: <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 09:48:15</b>	

## Anamnese

# CIRURGIA TORÁCICA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCOOLIZADO.

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

Dr. José EURIDES Liberalino  
Cirurgião Torácico  
CRM 5252

JOSE EURIDES LIBERALINO  
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

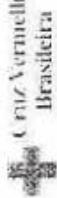
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=280670&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPres

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. 40



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

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0,0						

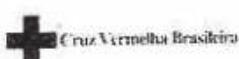
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0,0						
---	-----	--	--	--	--	--	--

06/05/2018 06:50:13

Dr. Wesley Pereira da Silva  
Médico Residente em Cirurgia Geral  
CRM-PR 9140

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE 1880068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>9270/</b>
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 MOTOCARRO, ALCOLIZADO, 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 ESPESSAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CÍSTICAS SUBPLEURAIS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO

CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

**Conduta**

Em observação

Dr. Wesley Pereira da Silva  
CRM: 9270/

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
(CRM: 9270/)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA



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 <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6350/PB</b>
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	
<b>Anamnese</b>			
PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D. PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO			
<b>Conduta</b>			
Alta médica			
<b>Alta Hospitalar</b>			
Usuário <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>		Data e Hora 06/05/2018 03:16:58	
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>		Observações	

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Juventude  
CRM: 6350

TORIBIO GOMES PEREIRA  
(CRM: 6350/PB)

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

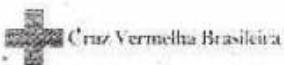
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=280467&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPre:

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. 43



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>		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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN</b>		Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAIFF LEITE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>9350/PB</b>	
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  
- 04.29.0360

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBOSA 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

Num. 31121397 - Pág. 44



## CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, 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 ás 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, data 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



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. 45

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 Regulac  
Data: 06/05/2018  
Hora: 15:36:07  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE AF  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA  
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 0  
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: ESMERALDINA SARAIWA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA  
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD  
Local: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2018.05.000733

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Pre-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			
Observacao			

Queixa Principal

UMA NO MI

15  
Data: 24-05-18  
Hora: 14:40

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do obtive am. de Fafu  
esse Pneumate. Fazendo exame de Fafu  
Soc. 100% T. 13 mmHg  
Kwanta 22.0

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

### DESTINO DO PRODUTO

### Residencia

Transferido

[ ] Farmacia

Digitized by srujanika@gmail.com

[ ] Desistencia [ ] UFI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Mec





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Félix</u>		Data da Admissão: <u>1/1/1</u>	
Pronutário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>1/1/1</u>	
QPD: <u>Trauam na 1/3 proximidade</u>			
HDA: <u>Sofreia tiques 1/3 proximidade</u> <u>1/3 dor, Edema, tique seco.</u> <u>No houve falta de fome ou fome</u> <u>após 1/3, tique de tique e</u> <u>edema.</u>			
Medicações em uso: <u>?</u>			
<i>Assinatura do paciente</i>			
Interrogatório Sintomatológico:			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> 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: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e PESCOÇO:</b> <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: _____ <input type="checkbox"/> Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <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			
<b>AGU:</b> <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: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <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			
<b>SN e PSQ:</b> <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.



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## 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 ORTOPAUMA.

#ORTOPEDIA#

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

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinélio Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
PNE 703404579057800  
Dr. FRANCINÉLIO 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



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. 49



## 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>LEONILDO Ribeiro</u>	2º Assistente: <u></u>	3º Assistente: <u></u>
Anestesista: <u></u>	Tipo Anestesia: <u></u>	Instrumentador: <u></u>	Horário: I: _____ T: _____	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<u>- Fratura em TÍBIA Proximal (5)</u> <u>(Fratura Peniplaca)</u>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<u>- RMS +</u> <u>- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE</u> <u>Fratura em TÍBIA Proximal (5)</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

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



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em TDA SOB Anestesia
- 2) ASSESSIA + ANTISSESSIA
- 3) ALOSÍCITO DE CAMPOS ESTÉTICOS

### Incisão:

- 4) INCISÃO em RELEVO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TIBIA (5)
- 6) DISSECTÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados: FRATURA

- 6) FRATURA em TIBIA PROXIMAL (2)
- 7) PRESENÇA DE MATERIAIS DE SÍNTSESE  
em PLATO MEDIAL (2)

### Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATERIAIS DE SÍNTSESE
- 9) RETIRADA ADOTADA
- 10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T"  
10 Furos + 2 PINTIFUSOS ESPIRais  
+ 5 PINTIFUSOS CENTRAIS
- 11) SUTURA POR PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) Rx DE CONTROLE

### Fechamento:

- 14) TACO COXOPODÍLICA

### OBS:

menor Dr. ROBERTO ALMEIDA  
Amazônico

Data: 01/06/18

Dr. Léonardo  
Medico  
CRM/PB 10332  
MÉDICO/CRM





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PROMOTORIA N°			
João Evangelista Félix de Oliveira					
DATA	GEN	DATA	DATA		
			ORPO		
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA			
06/05/18	05/06/18				
DIAGNÓSTICO INICIAL	RADIALIS DO TÍBIA PAVILHO PULSOS				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	RADIALIS DO TÍBIA PAVILHO PULSOS				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	E.F + Radiografia				
PROCEDIMENTO REALIZADO	ORTODONTOSE DA MÍDIA PAVILHO PULSOS				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLLADO MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	DISTRIA EVOQ. TERAPEUTICO COMPLEXO HOSP. JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA PULSOS RADIALIS DO TÍBIA PAVILHO PULSOS. RECUPERAÇÃO DAS FUNÇÕES MUSCULARES. RECUPERAÇÃO DAS FUNÇÕES MUSCULARES. RECUPERAÇÃO DAS FUNÇÕES MUSCULARES.				

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Não

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias

Retorno às atividades com 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 com água e sabão duas vezes por dia. Se vier dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se houver febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Medicamento

RETORNO: Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos  
Ao Ambulatório do Dr. Leonardo Miranda em 30 dias para revisão 15 dias

05/06/18  
DATA

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM: 114.1067  
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

to Vanda

## 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 ingestão de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocoricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdômen 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 abdômen superior
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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

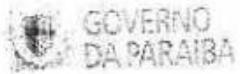
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospit. Estadual do Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

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

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento		Bairro BANCÁRIOS

## Admissão

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

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA 140 x 80	mmHg	P脉 17	Temperatura 36°
----------------	------	----------	--------------------

## Exames complementares

Raios X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Palpitações de pele e dor no abdômen  
aliviado com flocos e enxaguante - dor na panturrilha

Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Raios X - Sangue - Urina - TC - Líquor - ECG - Ultrasonografia

enfermeira - COSEB - COFEC

Imprimir

Data: 05/05/2018  
08:35:24:830

05/05/2018 15:46





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 05/05/18 15:56  
 Usuario: DANIEL HORTIZ  
 Bibliom: 1080068



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

			E.V.		AGORA
1	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	2000.0	ML		
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.	AGORA
3	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	E.V.	AGORA
4	CEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		
5	SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIURGIA	0.0			
6	PARECER ORTO	0.0			
7	SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0			

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE  
CRM: 10976

Associação a Carimbo do Professional

05 de Maio de 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291735416530000029868826>  
Número do documento: 2005291735416530000029868826

Num. 31121397 - Pág. 56



**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

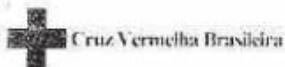
**Conduta**

Em observação

Dr. Daniel Ortiz  
Coloproctologia  
Cirurgia Digestiva  
CRM/PB 10.976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

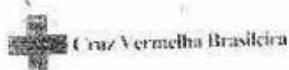
Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA					CNS		Prontuário
Data de Nascimento 15/09/1958	Idade 59A 7M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Nome da Pai JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA				Bairro BANCÁRIOS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

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço 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 T14.9	Data de encaminhamento 06/05/2018 11:36:03	

  
 Dr. Francinélio Freitas  
 Médico  
 CRM PB 9603  
 CNIS 703404579257800  
 Assinatura e carimbo do profissional





## 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	Telefone de Contato (63) 900000000
Mae ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
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 REFERNCIA

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)

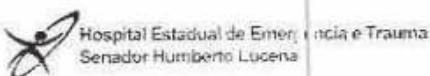
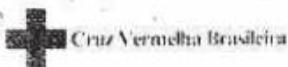
Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORFÍNIO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:48

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



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	SAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada: <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>THIAGO GOMES MARTINS</b>	Nº Cons. Regional <b>7624/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 10:16:45</b>	

## 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

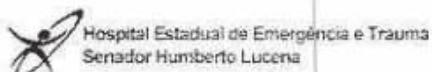
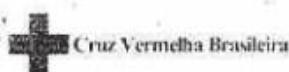
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao&

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 <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa:
Data de nascimento: <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 09:48:15</b>	

## Anamnese

# CIRURGIA TORÁCICA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCOOLIZADO.

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

Dr. José EURIDES Liberalino  
Cirurgião Torácico  
CRM 5252

JOSE EURIDES LIBERALINO  
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

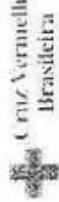
172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=280670&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPres

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. 62



Cirurgia Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H  
brasileira

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

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

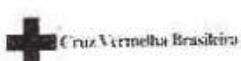
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0,0						

1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0,0						
---	-----	--	--	--	--	--	--

06 de Maio de 2018  
Dr. Wesley Pereira da Silva  
Médico Residente em Cirurgia Geral  
CRM-PR 9140

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE 1880068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>9270/</b>
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 MOTOCARRO, ALCOLIZADO, 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 ESPESSAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CÍSTICAS SUBPLEURAIS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO

CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

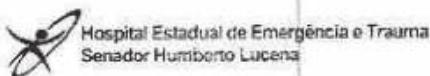
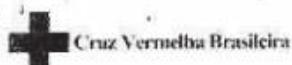
**Conduta**

Em observação

Dr. Wesley Pereira da Silva  
CRM: 9270/

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
(CRM: 9270/)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA


**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6350/PB</b>
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	
<b>Anamnese</b>			
PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D. PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO			
<b>Conduta</b>			
Alta médica			
<b>Alta Hospitalar</b>			
Usuário <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>		Data e Hora 06/05/2018 03:16:58	
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>		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

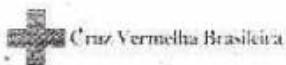
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=280467&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPre:

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. 65



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>		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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN</b>		Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAIFF LEITE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>9350/PB</b>
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 RADIOGRÁFICOS NO SISTEMA.

## Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES  
(CRM- 9350/PB)  
Dr. Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
- 04.09.0360

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBOSA 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

Num. 31121397 - Pág. 66



## CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, 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 ás 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, data 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



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. 67

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 Regulac  
Data: 06/05/2018  
Hora: 15:36:07  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE AF  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2018.05.000733

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA  
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

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

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 0  
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: ESMERALDINA SARAIWA 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. Credencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

15  
Data: 24-05-18  
Hora: 14:40

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

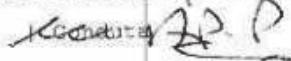
Observacao

Queixa Principal

UMA NO MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do obtive anamnese com dor de Fafe  
esse paciente. Fazendo exame de Fafe a febre a febre  
Socorro. Faz tratamento 13 dias

Assinatura: 

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

### DESTINO DO PRODUTO

### Residencia

[ ] Transferido

[ ] Farmacia

Digitized by srujanika@gmail.com

[ ] Desistencia [ ] UFI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Mec.





## **FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA**

Nome: <u>João Evangelista Felho</u>		Data da Admissão: <u>1/1/1</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:		Estado:	Fone:
Cidade:		Profissão:	
Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>1/1/1</u>	
QPD: <u>Tremer em 1/3 possivel</u>			
HDA: <u>Sofre de tiques 1/3 possivel a 1/4</u> <u>1/4 dor, Edema, faro sens</u> <u>No sono fala so tem um sono</u> <u>apagado, fala, fala de habs e</u> <u>coisas.</u>			
Medicações em uso: <u>?</u>			
<p style="text-align: right;"><i>Assinatura do paciente</i></p> <p><b>Interrogatório Sintomatológico:</b></p> <p><b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u>  </u> Kg em <u>  </u> <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: <u>  </u></p> <p><b>Pele:</b> <u>  </u></p> <p><b>Cabeça e Pescoco:</b> <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: <u>  </u> Visão: <u>  </u></p> <p><b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <u>  </u> <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectorção <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <u>  </u> Outros: <u>  </u></p> <p><b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <u>  </u> <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <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"/> Enterorrágia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume</p> <p><b>AGU:</b> <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"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: <u>  </u></p> <p><b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <u>  </u> <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <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</p> <p><b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <u>  </u> <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor</p>			

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## 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 ORTOPAUMA.

#ORTOPEDIA#

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

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinélio Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
PNE 703404579057800  
Dr. FRANCINÉLIO 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



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. 71



## 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>LEONILDO Ribeiro</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>- Fratura em TÍBIA Proximal (5)</u> <u>(Fratura Peniplaca)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- RMS +</u> <u>- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE</u> <u>Fratura em TÍBIA Proximal (5)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> 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



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em TDA SOB Anestesia
- 2) ASSESSIA + ANTISSESSIA
- 3) ALOSÍCITO DE CAMPOS ESTÉTICOS

### Incisão:

- 4) INCISÃO em RELEVO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TIBIA (5)
- 6) DISSECTÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados: FRATURA

- 6) FRATURA em TIBIA PROXIMAL (2)
- 7) PRESENÇA DE MATERIAIS DE SÍNTSESE  
em PLATO MEDIAL (2)

### Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATERIAIS DE SÍNTSESE
- 9) RETIRADA ADOTADA
- 10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T"  
10 Furos + 2 PINTIFUSOS ESPIRais  
+ 5 PINTIFUSOS CENTRAIS
- 11) SUTURA POR PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) Rx DE CONTROLE

### Fechamento:

- 14) TACO COXOPODÍLICA

### OBS:

menor Dr. ROBERTO ALMEIDA  
Amazônico

Data: 01/06/18

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM/PB 10332  
MÉDICO/CRM









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

to Vanda

## 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 ingestão de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocoricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdômen 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 abdômen superior
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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

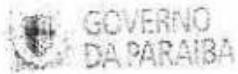
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual do Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

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

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento		Bairro BANCÁRIOS

## Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cílica	
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 saída Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA 140 x 80	mmHg	P脉 17	Temperatura 36°
----------------	------	----------	--------------------

## Exames complementares

Raios X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Palpitações de pele e dor no abdômen  
aliviado com flocos e enxaguante - dor na panturrilha

## Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Raios X - Sangue - Urina - TC - Líquor - ECG - Ultrasonografia

enfermeira - COSEB - COFEC

Imprimir

Data: 05/05/2018 15:46:12  
Pasta: 24830

05/05/2018 15:46:12





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data:	05/05/18 15:56
Usuario:	DANIEL HORTIZ
BoletoIn:	<b>1080068</b>

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome <b>PACINTE NAO IDENTIFICADO</b> Motivo do Atenção		Data de nascimento 01/01/1972		Sexo 46a 4m 4d	MASCULINO	N 1080068	Validade da Prescrição 05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00	05/05/2018 15:56:47
Enfermaria / Leito						Matrícula	Senha	
Convenio	SUS							

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

DANIEL HORTÍZ DE CARVALHO NOBRE  
CRM: 10976

Assinatura e Cartimbo do Profissional

05 de Maio de 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291735416530000029868826>  
Número do documento: 2005291735416530000029868826

Num. 31121397 - Pág. 78



**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

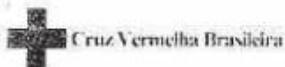
**Conduta**

Em observação

Dr. Daniel Ortiz  
Coloproctologia  
Cirurgia Digestiva  
CRM/PB 10.976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

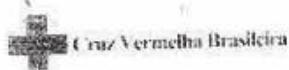
Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA					CNS		Prontuário
Data de Nascimento 15/09/1958	Idade 59A 7M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Nome da Pai JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA				Bairro BANCÁRIOS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

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço 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 T14.9	Data de encaminhamento 06/05/2018 11:36:03	

  
 Dr. Francinélio Freitas  
 Médico  
 CRM PB 9603  
 CNIS 703404579257800  
 Assinatura e carimbo do profissional





## 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	Telefone de Contato (63) 900000000
Mae ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
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 REFERNCIA

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)

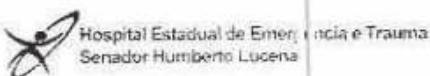
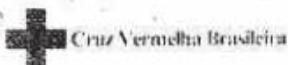
Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORFÍNIO RAMALHO em 05/05/2018 15:47:48

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



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	SAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada: <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>THIAGO GOMES MARTINS</b>	Nº Cons. Regional <b>7624/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 10:16:45</b>	

## 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

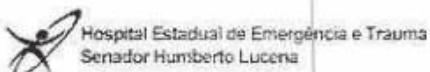
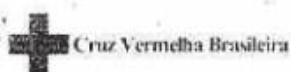
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280699&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao&

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 <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa:
Data de nascimento: <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 09:48:15</b>	

## Anamnese

# CIRURGIA TORÁCICA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCOOLIZADO.

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

Dr. José EURIDES Liberalino  
Cirurgião Torácico  
CRM 5252

JOSE EURIDES LIBERALINO  
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

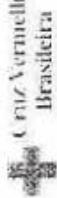
172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=280670&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPres

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. 84



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

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA	0,0						

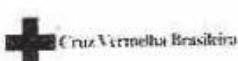
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA	0,0						

06/05/2018 06:50:00

Dr. Wesley Pereira da Silva  
Médico Residente em Cirurgia Geral  
CRM-PR 9140

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE 1880068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CPF/Carteira CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>9270/</b>
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 MOTOCARRO, ALCOLIZADO, 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 ESPESSAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CÍSTICAS SUBPLEURAIS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO

CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

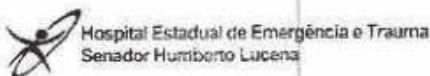
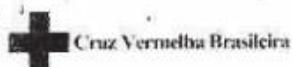
**Conduta**

Em observação

Dr. Wesley Pereira da Silva  
CRM: 9270/

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
(CRM: 9270/)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA


**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	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	Telefone de Contato (83) 900000000				
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Prontuário				
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>				
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6350/PB</b>				
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03					
<b>Anamnese</b> PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D. PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO							
<b>Conduta</b> Alta médica							
<b>Alta Hospitalar</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Usuário <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b></td> <td style="width: 50%;">Data e Hora 06/05/2018 03:16:58</td> </tr> <tr> <td>Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b></td> <td>Observações</td> </tr> </table>				Usuário <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	Data e Hora 06/05/2018 03:16:58	Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações
Usuário <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	Data e Hora 06/05/2018 03:16:58						
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	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

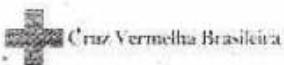
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=280467&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPre:

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. 87



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>		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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN</b>		Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAIFF LEITE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>9350/PB</b>	
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  
- 04.09.0360

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBOSA 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

Num. 31121397 - Pág. 88



## CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, 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 ás 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, data 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 Regulac  
Data: 06/05/2018  
Hora: 15:36:07  
Recepçionista: LENICE FLORENCIO DE AF  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2018.05.000733

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA  
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 0  
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: ESMERALDINA SARAIWA 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  
Localização: 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

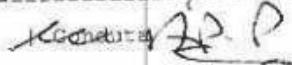
Observacao

Queixa Principal

UMA NO MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do obtive am. de Fepa  
esse Pneumate. Fazendo exame de Fepa  
Soc. 100% T. 13 mmHg

Assinatura: 

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

## DESTINO DO PACIENTE

### DESTINO DO PRODUTO

### Residencia

Transferido

[ ] Farmacia

Digitized by srujanika@gmail.com

[ ] Desistencia [ ] UFI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Mec.





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Félix</u>		Data da Admissão: <u>1/1/1</u>	
Pronutário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>1/1/1</u>	
QPD: <u>Trauam na 1/3 proximidade</u>			
HDA: <u>Sofreia tiques 1/3 proximidade</u> <u>1/3 dor, Edema, tique seco.</u> <u>No houve falta de fome ou fome</u> <u>após 1/3, tique de tique e</u> <u>edema.</u>			
Medicações em uso: <u>?</u>			
<i>Assinatura do paciente</i>			
Interrogatório Sintomatológico:			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> 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: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e PESCOÇO:</b> <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: _____ <input type="checkbox"/> Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <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			
<b>AGU:</b> <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: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <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			
<b>SN e PSQ:</b> <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.



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## 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 ORTOPAUMA.

#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. Francinélio Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
PNE 703404579057800  
Dr. FRANCINÉLIO 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



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. 93



## 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>LEONILDO Ribeiro</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>- Fratura em TÍBIA Proximal (5)</u> <u>(Fratura Peniplaca)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- RMS +</u> <u>- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE</u> <u>Fratura em TÍBIA Proximal (5)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> 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



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em TDA SOB Anestesia
- 2) ASSESSIA + ANTISSESSIA
- 3) ALOSÍCITO DE CAMPOS ESTÉTICOS

### Incisão:

- 4) INCISÃO em RELEVO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TIBIA (5)
- 6) DISSECTÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados: FRATURA

- 6) FRATURA em TIBIA PROXIMAL (2)
- 7) PRESENÇA DE MATERIAIS DE SÍNTSESE  
em PLATO MEDIAL (2)

### Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATERIAIS DE SÍNTSESE
- 9) RETIRADA ADOTADA
- 10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T"  
10 Furos + 2 PINTIFUSOS ESPIRais  
+ 5 PINTIFUSOS CENTRAIS
- 11) SUTURA POR PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) Rx DE CONTROLE

### Fechamento:

- 14) TACO COXOPODÍLICA

### OBS:

menor Dr. ROBERTO ALMEIDA  
Amazônico

Data: 01/06/18

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM/PB 10332  
MÉDICO/CRM





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PROMOTORIA N°			
João Evangelista Félix de Oliveira					
DATA	GEN	DATA	DATA		
		05/06/18	05/06/18		
ENF	82	LATO	436		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA			
06/05/18		05/06/18			
DIAGNÓSTICO INICIAL		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
Radicu de tibia proximal direito		01 dia			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O (Genu)					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES		E.F + Radiografia			
PRINCIPAL EXAME		Osteosíntese na tibia proximal direita			
TRATAMENTO MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLLADO MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO					
João Evangelista Félix de Oliveira, 06 anos, sexo masculino, com antecedentes de tibia proximal subluxada e luxada, com recorrência, que foi submetido a cirurgia de realinhamento da articulação tibiofibular direita.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					

DIETA: Não

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias

Retorno às atividades com esforço físico em \_\_\_\_\_ dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se vier dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se houver febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Medicamento

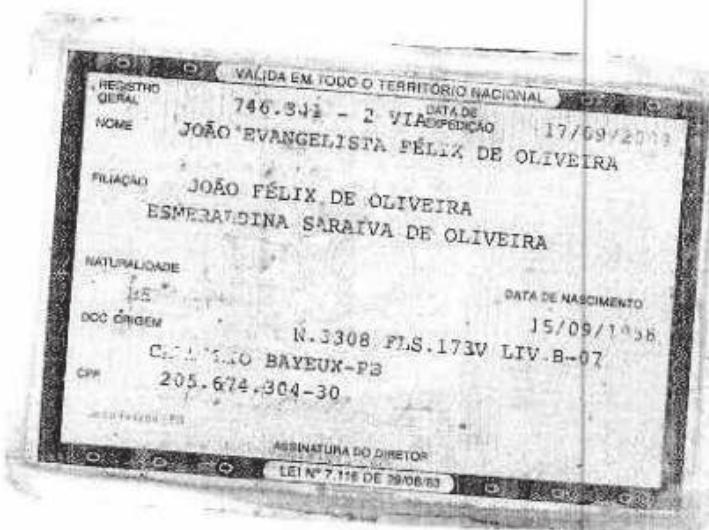
RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos  
Ao Ambulatório do Dr. Leonardo Miranda em 30 dias para revisão 15 dias

05/06/18  
DATA

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM: 114.1167  
Ass. MÉDICO / CRM

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

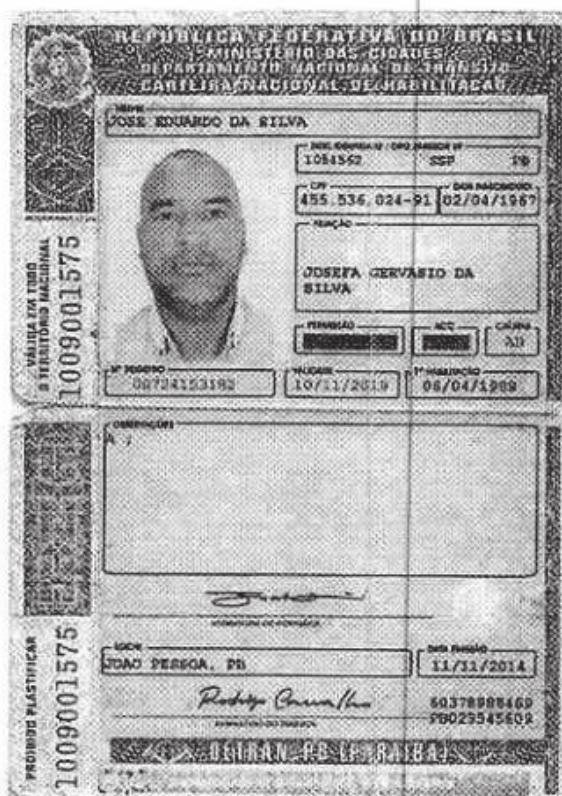




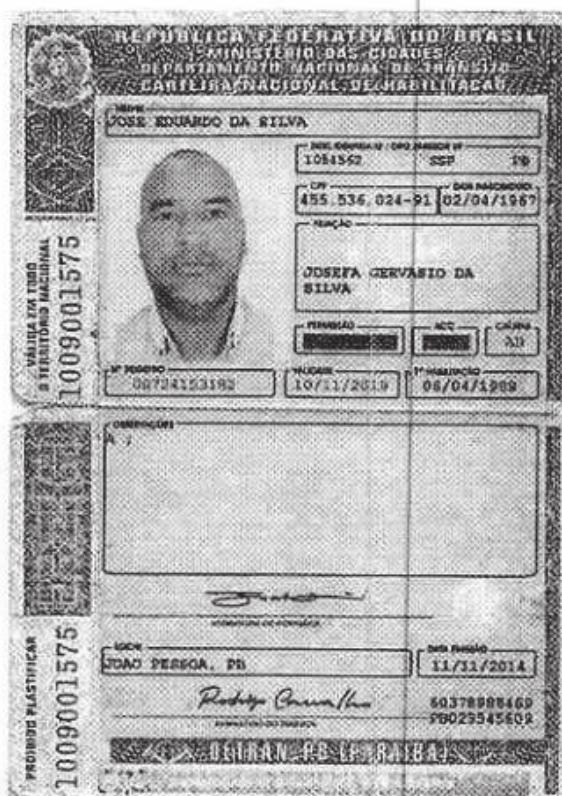


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:35:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917354165300000029868826>  
Número do documento: 20052917354165300000029868826

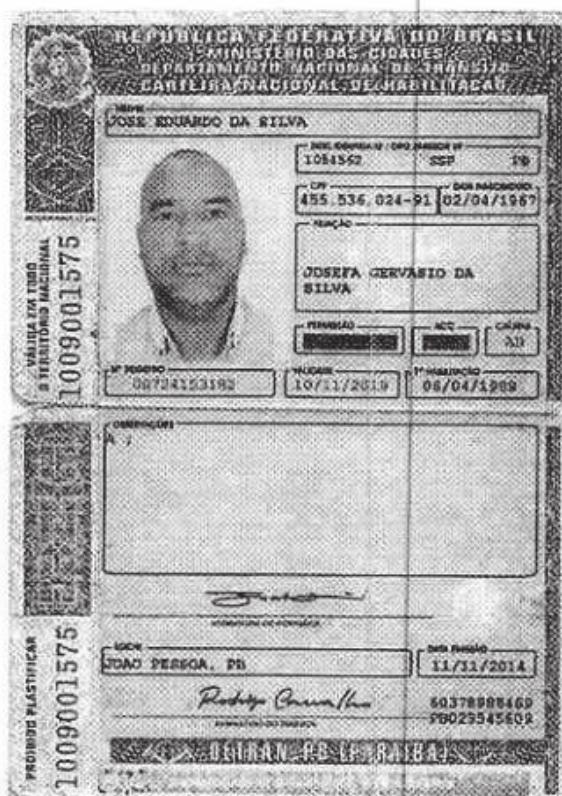
Num. 31121397 - Pág. 98











## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

**Vítima:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 205.674.304-30

**CPF de:** Próprio

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**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 médica-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](http://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 intercessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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:**

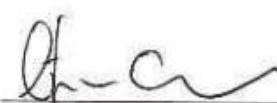
Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11173.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa intercessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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:**

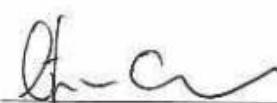
Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

**Vítima:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 205.674.304-30

**CPF de:** Próprio

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**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 médica-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](http://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-0367590/19

**Vítima:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 205.674.304-30

**CPF de:** Próprio

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**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 médica-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](http://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





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. 109

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

**Vítima:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 205.674.304-30

**CPF de:** Próprio

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**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 médica-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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas - Lbr, Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 01 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 51 12563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

32 000 315 66

Data da solicitação:

DD-MM-AA

Nome do beneficiário:

João Evangelista F. de Oliveira

CPF do beneficiário: 305.674.304-20

Nome do solicitante:

Jose Eduardo da Silva

CPF do solicitante: 655.536.024-93

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 83 ) 98663-4900

Tel. Comercial: ( 000 )

Tel. Residencial: ( 000 )

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

João  
(DESCRIVER)

### 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 o 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 da 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, o 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 DEFÍCIT 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequelas

**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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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 DEFÍCIT 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequelas

**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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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      **Data do acidente:** 05/05/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
OLIVEIRA

### 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 ( OSTEOSÍNTESE) 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



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. 119

## PROCURAÇÃO

Outorgante: *João Evangelista Félix de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *curandeiro de monteiro*, residente e domiciliado à Rua *Guarani dos Palmáceas* nº *29*, bairro *Mariá*, *Angra*, Município de *Baixio*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58305-000*, portador(a) do Rg nº *742.341-2*, SSP/ e CPF nº *205.674.304-30*.

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Genival Falcão* nº *157*, bairro *Mariá*, Município de *João Pessoa*, Estado de (o) *PB*, Cep: *58056-304*, portador (a) do RG nº *305.456.2*, 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 Félix de Oliveira*, ocorrido em *05/05/18*, 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

*João Evangelista Félix de Oliveira*  
Outorgante  
CPF Nº *205.674.304-30*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURAÇÃO

Outorgante: *João Evangelista Félix de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *curandeiro de monteiro*, residente e domiciliado à Rua *Guarani dos Palmáceas* nº *29*, bairro *Mariá*, *Angra*, Município de *Baixio*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58305-000*, portador(a) do Rg nº *742.341-2*, SSP/ e CPF nº *205.674.304-30*.

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Genival Falcão* nº *157*, bairro *Mariá*, 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 Félix de Oliveira*, ocorrido em *05/05/18*, 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

*João Evangelista Félix de Oliveira*  
Outorgante  
CPF Nº *205.674.304-30*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURAÇÃO

Outorgante: *João Evangelista Félix de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *curandeiro de monteiro*, residente e domiciliado à Rua *Guarani dos Palmáceas* nº *29*, bairro *Mariá*, *Angra*, Município de *Baixio*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58305-000*, portador(a) do Rg nº *742.341-2*, SSP/ e CPF nº *205.674.304-30*.

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Genival Falcão* nº *157*, bairro *Mariá*, Município de *João Pessoa*, Estado de (o) *PB*, Cep: *58056-304*, portador (a) do RG nº *305.456.2*, 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 Félix de Oliveira*, ocorrido em *05/05/18*, 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

*João Evangelista Félix de Oliveira*  
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

**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

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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. 123

## 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

**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**

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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. 124

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026750/20

**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

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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

**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

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

