
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA
Nº Sinistro: 3180547809
Vítima: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA
Data do Acidente: 07/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547809**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

085.397.034-32

Nome completo da vítima

Alessandro de Fronça Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alessandro de Fronça Silva	085.397.034-32	Quanda municipal
Endereço	Número	Complemento
Rua Augusto Firmino Paulino	155	Cepal
Bairro	Estado	CEP
Lentro	PB	58101-015
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 98817-1482	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0539		19482	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

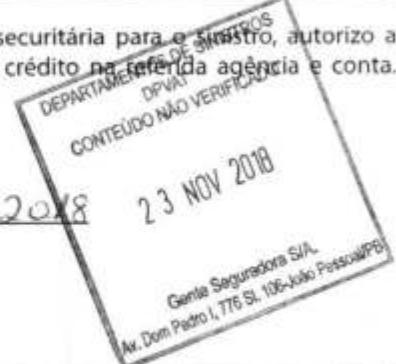
CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o SINISTRO, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 29 de outubro de 2018

Local e Data



X Alessandro de Fronça Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



23 NOV 2018

Gabinete Segurança SIA-
Dom Pedro I, 776 Sl. 106-Jd. Pousada PB

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02081.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02081.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Á(s) 11:58 horas do dia 31 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Alessandro de França Silva, CPF nº 085.397.034-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Guarda Municipal, filho(a) de Maria da Penha de França Silva e Paulo Terdulino da Silva, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 22/07/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Augusto Firmo Paulo, Nº 155, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Banco do Brasil S/a, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98817-1482.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Comac, Cabedelo/PB, bairro Jardim Camboinha; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/06/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CB 300R, ano e modelo: 2010 de cor: preta, placa: MOW 7244/PB, Chassi nº 9C2NC4310AR071060, registrado em nome de Paulo Terdulino da Silva-CPF nº 225.310.924-04; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão e que nesta ocasião estava chovendo bastante dificultando a visualização do notificante que veio a colidir em um bloco de cimento ali existente, pois na ocasião a BR esta em reforma; QUE o notificante colidiu nesse bloco e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 28/09/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo resgate do corpo de Bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S72,4

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, 31 de outubro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA
Noticiante

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Alessandro de França S. luna

CPF da Vítima

085.397.034-32

Data do Acidente

07/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

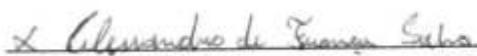
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 29 de outubro de 2018.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
1º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
1ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDO



CERTIDÃO

REQUERIMENTO N°:	14/2018	DATADO:	05 de novembro de 2018	
SOLICITANTE:	ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO			
PORTADOR DO RG:	2629781 PB			
PROTOCOLO CIOP:	BM2018.0706.2147.00063		DATA:	07 JUN 18
HORÁRIO	21	horas	47	Minutos
ENDEREÇO				
BR-230 – Prox. A COMAC – KM 03.2 – CABEDELO - PB				
VIATURAS:	AR – 27 (Auto-Resgate 27)			
VITIMAS : (NOME - CPF)				
ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA	085.397.034-32			
RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA:				
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: QUEDA DE MOTO				
<p>Vitima consciente e orientada, encontrava-se ao solo. Informou que não viu a sinalização de desvio da BR-230 de concreto e que veio a colidir com a mesma. O condutor apresentava uma fratura aberta no membro inferior esquerdo (fêmur). O mesmo queixava-se de muitas dores. Após a imobilização da coluna cervical e do membro lesionado, conduzimos ao hospital, para os cuidados mais especializados.</p>				
HOSPITAL	Hosp. De Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena			
MEDICO	Dr Aucides Lira	CRM	7115 PB	
Chefe Da Guarnição	CB BM Carlos Henrique Martins	MATR.:	522.310-5	
Nada mais consta sobre o que lhe requereu e lhe seja relativo em firmeza do que lavrei a presente CERTIDÃO, que vai por mim datada e revisada por CHARLTON RIBEIRO DE SANTANA - MAJ QOBM - Comandante desta 1ª Companhia independente de Bombeiro Militar (1ª CIBM)				
Eu, Cabo BM Matricula: 521.935-3 EDCHARLTON CAVALCANTI VIANA, auxiliar da 3ª Seção desta 1ª CIBM, que digitei e assino: <i>Edcharlton Cavalcanti Viana</i>				

João Pessoa-PB, 08/11/2018

Edvaldo Honório dos Santos Júnior

Capitão QOBM-Matr. 523.399-2

Charlton Ribeiro de Santana – MAJ QOBM
Comandante da 1ª CIBM

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: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

BANCO: 104

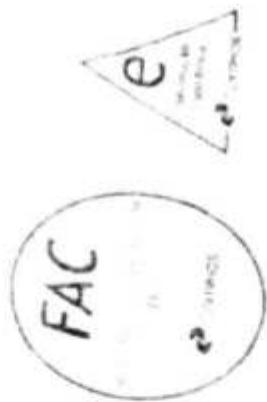
AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000019482-9

Nr. da Autenticação B579B4E10A540145

NA MINHA OI
É TUDO MAIS FÁCIL.

ACESSE OI.COM.BR/IMINHAOI
E USE A INTERNET PARA:



CEP 01311-002
ALEXANDRO DE SOUZA
RUA AUGUSTO VIEIRA, 220
CENTRO
SANTOS - SP
Fone: (13) 3222-1111





BENEFICIÁRIO: Nu Pagamentos S.A.

Nome do Beneficiário: Nu Pagamentos S.A.		CPF/CNPJ: 18236120000158	Data de Vencimento: 10/10/2018	Vlr. Cobrado: 1235,96
Agência / Código do Beneficiário: ---		Numero do Boleto: 26/00006306507-0	Autenticação Mecânica	

Bradesco		237-2	23793.38128 60000.630651 07000.063300 1 76730000123596				
Linha de Pagamento: Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso						Vencimento: 10/10/2018	
Beneficiário: Nu Pagamentos S.A.		CPF/CNPJ: 18236120000158			Agência / Código do Beneficiário: ---		
Nome do Beneficiário: 24/09/2018	Nº do Pagamento: 6306507	Forma Pag.: DM	Alô:	Data do Preenchimento: 24/09/2018	Número Número / Cód. do Documento: 26/00006306507-0		
Nome do Beneficiário: 26	Cartera: 26	Esposa/Mae: R\$	Quantidade Moeda:	Valor Aberto:	(+) Valor do Documento: 1235,96		
Observações: Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.						(+) Desconto / Abatimento: 0,00	
						(+) Outras Detrimentos: 0,00	
						(+) Multa / Multa: 0,00	
						(+) Outras Acréscimos: 0,00	
						(+) Valor Detrativo: 1235,96	
Prestador: Nu Pagamentos S.A.						01200783417	
Pagador: Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa: 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB						Código de Barras: Autenticação Mecânica	



Código de Barras

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alissoncio Lazzari de Moraes Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.007.834 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alissoncio de Faria da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 085.397.034 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Alissoncio de Faria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 085.397.034 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua Governador José Gomes da Silva		920	
Bairro Tombazinho	João Pessoa	Estado PB	CEP 58042-200
Email		Telefone comercial (DDD) (83) 98723-4062	Telefone celular (DDD) (83) 9 8808-6505

João Pessoa, _____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Terdulino da Silva,

RG nº 647978, data de expedição 19/02/79,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 22531092404, com domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Augusto Firmino Paulo, nº 155,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alessandro de França Silva, cujo o condutor era Alessandro de França Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda ICB 300 R

Ano: 2010/2010

Placa: MOW7244/PB

Chassi: 9C2NC4310AR071060

Data do Acidente: 07/06/2018

Local e Data: Cabedelo, 06 de novembro de 2018



Figueirêdo
Dornelas
Serviço Notarial

PAULO TERDULINO DA SILVA

Assinatura do Declarante

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



Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registrável
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Av. Antônio Freitas, 200 - Centro - Cabedelo - PB
Fone: (83) 3225-1149

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
PAULO TERDULINO DA SILVA
En test da verdade. Cabedelo-PB 01/11/2018 09:10:11
Roberto Rego de Melo Andrade - Substituto
[2018-011204]EMUL:R\$ 4,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHR50051-VQKS
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

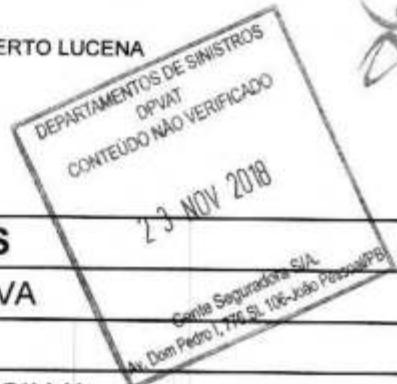
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	22/07/88
NOME DA MÃE	MARIA DA PENHA DE FRANÇA SILVA



DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.086.949
Nº PRONTUARIO	109.193
DATA DO ATENDIMENTO	07/06/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL E
CID 10	S 72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x objeto), trazido pelos Bombeiros, apresentando possível fratura exposta em joelho E (imobilizado). Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura exposta da extremidade distal ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Edson Tinoco e equipe da Ortopedia no 1º tempo e pelo Dr. Milton Barbosa e Dr. José Renná no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 20/06/18
DATA DA EMISSÃO: 28/09/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRM-PE/2516
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/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 de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

1086949
ALESSANDRO DE FRANCA SILVA
22/07/1988
07 MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA
07/06/2018 22:03:19
1086949

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

Boletim de Atendimento: 1086949



Identificação do paciente

ID 1295761	Nome ALESSANDRO DE FRANCA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/07/1988	Idade 29 anos 10 meses 16 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 32281482	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade CABEDELO	UF PB		
CBOR				

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
DIFAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 NOV 2018
Av. Dom Pedro I, 778 Sl. 105-106 Passaport
Gente Seguradora S/A

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro AUGUSTO FIRMO
Número 155	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 07/06/2018 23:06:03	Número da pulseira 1000005171506	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

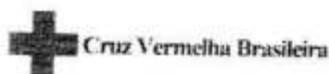
Dados clínicos

Respiração: 30/min - Saturação: 97% - Cor: Rosada	
Pulso: 100/min - Pressão: 120/80 mmHg	
Diagnóstico	CID

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGATempo
10seg

Imprimir

424.001



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ALESSANDRO DE FRANCA SILVA	BAE 1086949	Data/Hora Entrada 07/06/2018 23:06:03	Data Baixa
Data de nascimento 22/07/1988	Idade 29a 10m 17d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA			
Endereço AUGUSTO FIRMO, 155	Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALCIDES DE ASSIS LIRA NETO	Nº Cons. Regional 7115/PB
Data/Hora Classificação 07/06/2018 23:06:03		Data/Hora Prescrição 07/06/2018 23:16:58	

Anamnese

Paciente trazido por bombeiros com uso de colar cervical.

Tória de queda de moto com possível fratura exposta em joelho esquerdo (imobilizado).

Nega perda da consciência, no momento Glasgow 15.

Abdome: plano, depressível e indolor a palpação.

Tórax: sem sinais de contusão.

CD: alta da cirurgia

Avaliação da ortopedia

solicito raio-x de articulação do joelho esquerdo AP + P



MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Alcides Lira

Urologia / Cirurgia Geral

CREMEPE 19.107 - CRM-PB 7115

ALCIDES DE ASSIS LIRA NETO
(CRM: 7115/PB)

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA



■ Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58

Tet-

ref.
CNES-122332

Paciente ALESSANDRO DE FRANCA SILVA		BAE 1086949	Data/Hora Entrada 07/06/2018 23:06:03	Data Baixa S/A
Data de nascimento 22/07/1988	Idade 29a 10m 17d	Sexo Masculino	CNS	Gestão Segurança Av. Dom Pedro I, 776 SL 100 Télefone de Contato (83) 32281482 Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA				
Endereço AUGUSTO FIRMO, 155		Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALEXANDRE DE A MARANHAO		Nº Cons. Regional 6794/PB
Data/Hora Classificação 07/06/2018 23:06:03		Data/Hora Prescrição 08/06/2018 00:45:49		

Anamnese

PACIENTE COM FRACTURA EXPOSTA EM MIE/COXA. SOLICITADO AVALIAÇÃO

EXAME: AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO, MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PRESENÇA DE PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES E SIMÉTRICOS EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRALATERAL. AUSÊNCIA DE EDEMA NO MIE.

CD 1)ALTA DA CIRURGIA VASCULAR/ CASO HAJA MUDANÇA NO EXAME VASCULAR DO MEMBRO CHAMAR PARA REAVALIAÇÃO

Conduita

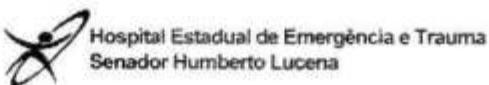
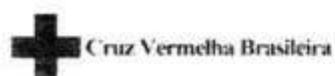
Em observação

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

CARLOS ALEXANDRE DE A MARANHAO
(: 6794/PB)



firmar autorizar
08/08
X - f (Assentivou)
NS | ek
FA



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALESSANDRO DE FRANCA SILVA		1086949	07/06/2018 23:06:03	
Data de nascimento 22/07/1988	Idade 29a 10m 17d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 32281482
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA				Prontuário
Endereço AUGUSTO FIRMO, 155		Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 07/06/2018 23:06:03			Data/Hora Prescrição 08/06/2018 00:20:31	

Anamnese

ORTOPEDIA

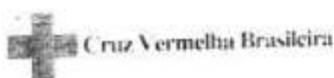
VIDENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO , APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO FEMUR DISTAL ESQUERDO COM TRANSLAÇÃO E ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO(RISCO DE LESÃO VASCULAR)
SOLICITO VAGA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA
SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR NO INTRA OPERATÓRIO

Conduta

Em observação

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Enf 11101



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MARCIA
FERNANDA DE ALMEIDA
GADELHA
Em: 15/06/2018 18:50:18

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Paciente ALESSANDRO DE FRANCA SILVA	Boletim de Atendimento 1086949	Data/Hora Entrada 07/06/2018 23:06:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 22/07/1988	Idade 29	Sexo Masculino	Prontuário 109193
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 15/06/2018 18:49:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLINICA MEDICA

PACIENTE COM CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 18-06 , SEM INTERCORRENCIAS; EXAMES DE LABORATORIO DE 08-06 COM LEUCOCITOSE DE 12300, POREM EM USO DE CEFALOTINA ;

CONDUTA : SOLICITO NOVOS EXAMES DE LABORATORIO

Seção: HTOP - ENF 11 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde			LAUZO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.T.O.P			2 - CNES 4 - CNES				
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE ALESSANDRO DE FRANCIA SILVA			6 - N ^º DO DOCUMENTO 1086949				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO 23 NOV 2010				
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3				
12 - ENDEREÇO (RUA, N ^º , BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD: 031 N ^º DO TELEFONE: 7700-1100				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP				
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR (AIH) 23 NOV 2010 Gabinete de Internação Dom Pedro I, 7700-1100 São Paulo - SP							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR				
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA				
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL			24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31-QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34-QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37-QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO MC - ex. DMS/DCS PLACA DCS 10F PARAFUSO ESFONYOSO ROSCA 16 N ^º 65 PARAFUSO N ^º 36 N ^º 42 N ^º 52 CORTE (AZ) N ^º 40							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/06/18				
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		42 - N ^º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N ^º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO			44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - N ^º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N ^º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

Nome: Alessandro de francis silva BE/Prontuário: 1036949

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 18/06/18

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura supra-intercondilar femur (E)

Cirurgião: Dr. Milton Barbosa 1º Assistente: Dr. Renan Gauvin

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Canilé

Tipo de Anestesia: Ragui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta supra - Intercondilara do fêmur esquerdo</u>	
	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS SRVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	23 NOV 2018
	Gente Seguradora S/A Dn. 1000, 775 Sl. 106-000 Passo Fundo

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta + Fixação Interna com 10 fios</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

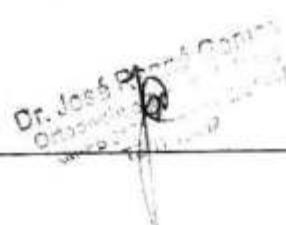
Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 18/06/18

Médico/CRM: _____



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH nos anestesiados
- Assepsia + Antisseptico

Incisão:

- Incisão longitudinal distal para acima do fêmur distal (E)
- Dissecção por planos até foco da fratura

Achados:

- Fratura supra - intercondilar com fôrma de cortiça medial no trago transverso



Conduta:

- Redução aberta da fratura e passagem de parafuso interfragmentário fechando o trânsito de fratura articular
- Passagem de parafuso distante 80 mm
- Colocação de peças DCS 10 mm e fixação com os parafusos (corticais) proximamente
- Colocação de parafuso contímparo
- Controle de redução e fixação com raios-X
- Controle de hemostase

*

Fechamento:

- Sutura por planos
- Ciratriz estéril.

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, 18/06/18

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			DEPARTAMENTOS DE PROVIMENTO DE MATERIAIS			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
HEETSHL			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			3 - CNES			
HEETSHL			4 - CNES			
Identificação do Paciente			5 - N.º DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE			1086949			
ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA			6 - DATA DE NASCIMENTO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			28/04/1988			
8 - SEXO			9 - TELEFONE DE CONTATO			
Masculino			11 - TELEFONE DE CONTATO			
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL			12 - DDD			
13 -			13 - DDD IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP			
FIXADORES EXTERNOS FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL FIXADOR LINEAR ROFA II TAM: 350MM X 200MM MATERIAL: ASTM F899 NBR 209			14 - CID 10 SECUNDÁRIO 15 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
REGISTRO ANVISA: 10108770128 RESP. TEC. RODRIGO L. PAUL - CRBA 5060681183			16 - CID 10 PRINCIPAL			
CLASSE: I QTD: 1 REF.: 0833-001-350 LOTE: 0433/1117			17 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
18 - DESC			18 - DESC			
19 - DESC			20 - DESC			
21 - DESC			22 - DESC			
23 - DESC			24 - DESC			
25 - DESC			26 - DESC			
27 - DESC			28 - DESC			
29 - DESC			30 - DESC			
31 - DESC			32 - DESC			
33 - DESC			34 - DESC			
35 - DESC			36 - DESC			
37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO						
41 - DOCUMENTO						
42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR						
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						
47 - DOCUMENTO						
48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)						

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1086949
 IDADE: M COR: DATA: 8/6/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA 19 2
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO
 (CONTROLE DE DANOS)
 CIRURGIÃO: DR. EDSON TINOCO 1º ASS: MR2 PEDRO HENRIQUE
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL</u>	
<u>(FIXADOR EXTERNO)</u>	

DENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

Descrição: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO
asaltas

MÉDICO/CRM: DR. EDSON TINOCO 1086949 DATA: 8/6/2018



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

Incisão:

Achados:

FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO

Conduta:

LIMPEZA COM SF ABUNDANTE**DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS****REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA COM AUXILIO DE ESCOPIA****COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE****REVISÃO DA HEMOSTASIA****SUTURA**

Fechamento:

UTERATIVOS ESTÉREIS**X DE CONTROLE**

Observação:

Revisão monitorada por Dr. Pedro Henrique

Médico/CRM:


 Dr. Francisco Freitas
 Médico
 CRM-PB 5001
 CNS 7034014720057800

João Pessoa,

8/6/2018

Nota de Sala Cirúrgica



HOSPITAL

NOME DO PACIENTE		Alessandro de França Silva					
IDADE	29	DE	1086944	PERIÓDICO	ENFERMARIA	LEITO	
CIRURGIA	Trat. Cirúrgico de fratura de fêmur E + limpeza cirúrgica						
CIRURGÃO	Dr. Edson Tinoco FAUX						
ANESTESIA	Raquel						
ANESTESISTA	Dra. Delcena Capistrano						
INSTRUMENTADOR							
DIA	08/06/2018	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO	FIM	CIRURGIA INÍCIO	FIM	01:00 FM 03:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		500.91	JELCO N°18		FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N°20		FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA	1	500.91	JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°		
CETAMINA	1		JELCO N°24		FIOS DE AÇO N°		
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N° 3.0 M		
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIOS DE NYLON N°		
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	C	LÂMINA BISTURI N°15	FIOS DE NYLON N°		
FENTANILA		PVP1 DEGERMANTE	C	LÂMINA BISTURI N°23	FIOS POLIGLACTINA N°		
FLUMAZENIL		PVP1 TINTURA	C	LÂMINA BISTURI N°24	FIOS POLIGLACTINA N°		
JURANO		PVP1 TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIOS POLIPROPILENO N°		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIOS POLIPROPILENO N°		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	2/18	FIOS POLIPROPILENO N°	
OCOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		LUVA ESTÉRIL N°7.0	FIOS POLIPROPILENO N°		
OCOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	08	LUVA ESTÉRIL N°7.5	FIOS POLIGLECAPRONE N°		
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8.0	FIOS SEDA N°		
MORFINA	1	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8.5	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS CONTATO NAS VERIFICAÇÕES DA DATA 23 NOV 2016 Gentileza Dr. Edson Tinoco FAUX	CATETER CARDIACA	
NIMBİUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETO DE PVC		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G	1	SCALP N°21	FIOS DE KIRSCHNER N°		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIOS DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIOS SHIMMEN N°		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVIVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR		
ATROFOPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	2	
ZOLINA	1	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA		
METASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais		
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais		
SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	2/100	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO		
OSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	2	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA		
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	2	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP1	2	FIOS	QTD.		
TENOXICAN		ESPARADRAPO	C	FIOS ALGODÃO S/A N°		1) ASPIRADOR	
		GAZES	C	FIOS ALGODÃO S/A N°		1) BISTURI ELETTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		FIOS ALGODÃO C/A N°		1) CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		FIOS ALGODÃO C/A N°		1) CARDIOMONITOR	
		JELCO N°14				1) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16				1) FOCO AUXILIAR	
						1) FOCO CENTRAL	
						1) MICROSCOPIO	
						1) OXIMETRO DE PULSO	
						1) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
						1) PERFORADOR ELÉTRICO	
						1) SERRA	
CIRCULANTE							
M. JOSÉ HENRIQUE DE SOUZA Técnico de Enfermagem COREM-PB 306518 FON: (83) 3213-0113							

Nota de Sala Cirúrgica



BRUNTSFIELD

IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Duadema - SP - Brasil

Av. Dr. Júlio César Guimarães, 3533 - 09990-080 - Duadema - SP - Brasil

01/2018

FIXADORES EXTERNOS

FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL

FIXADOR LINEAR ROFA II

TAM 350MM X 200MM

MATERIAL ASTM F889, NBR 20

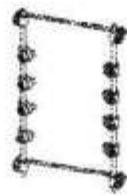
REGISTRO ANVISA 10108770

RESP TÉC Roberto L. Paula - CREA 5060831169

CLASSE: I - STD: 1

REF ID: A6233-001-360 | DATE: 04/33

REF.. 0955-001-388 DATE 0455/11/11



VAL: 01/2023



CIRCULANTE
31-10-1988
Téc. de Enseñ.
256-360515
INGLASCIR 121



INTRAN PB
CERTIFICADO DE PROPRIEDADE
I 0020772563-2 00/00000000 2018
PAULO TERDULINO DA SILVA

22531092404

NOVO ANO PB 9C2NC4310AR071050
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CB 300 E GASOLINA

2 P/291 /CI PARTIC PRETA

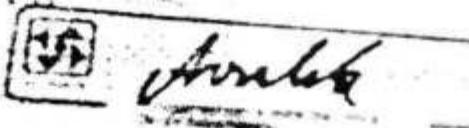
I	002000/0000	1*
P		2*
V		3*
A		

***** SEGUR PAGO 08/06/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

CAPEDELO-PB

36633



11/06/2018



PB N° 0194325546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CORRETURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 / 22531092404 2018 11/06/2018
00207725632 HONDA/CB 300 R M-W 1244 / PM
ANO FAB 2010 9 9C2NC4310AR071060

PRÉMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE R\$ *****

S / COTA ÚNICA
PAGAMENTO -
SEGURADO -
PAGO
08/06/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

31186-1113392-20180611



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421375/18

Vítima: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

CPF: 085.397.034-32

CPF de: Próprio

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

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

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA : 085.397.034-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO



Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547809 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA SUPRA INTERCONDILIANA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547809 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA SUPRA INTERCONDILIANA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:





ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA



OUTORGANTE, ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA, brasileiro, solteiro, guarda municipal, portador do CPF 085.397.034-32, residente e domiciliado na Rua Augusto Firmo Paulo, 155, Centro, Cabedelo/PB, CEP 58101-015, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO, OAB/PB 12.678, com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, 920, Tambauzinho, sala 01, João Pessoa, PB, CEP: 58042-200, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a **cláusula “ad-judicia ET EXTRA”** em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também substabelecer esta, em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **podendo, inclusive, RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDAM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS AO TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.**

Outorgante: Declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para pagar as custas processuais da presente demanda, sem prejuízo do sustento próprio, pelo que, nos termos do art. 98 do CPC, faz jus aos benefícios da **Justiça Gratuita**.

João Pessoa/PB, 29 de Outubro de 2018.

Figueirêdo
Dornelas
Serv. Notarial



Alessandro de França Silva
ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA
CPF nº 085.397.034-32

OUTORGANTE



Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativas de Registro Imobiliário
Rua Antônio Prado, 100 - Centro - CEP: 58042-200 - Cabedelo/PB
Fone / Fax: (83) 3238-1142



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Ficasse(s).....
ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA.....
Em test da verdade. Cabedelo-PB 01/11/2018 09:10:42
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto
[2018-011207]EPOL:R\$ 39,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 MCR:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHR58054-K3U1
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421375/18

Número do Sinistro: 3180547809

Vítima: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

CPF: 085.397.034-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

ALINE GOMES DE BRITO