



Número: **0800074-07.2019.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **17/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  |                    | Procurador/Terceiro vinculado  |                   |
|---|--------------------|--|-------------------|
| ALESSANDRO DE FRANCA SILVA (AUTOR)                            |                    | CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM (ADVOGADO)<br>ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |  |                   |
| Documentos  |                    |  |                   |
| Id.   | Data da Assinatura | Documento  | Tipo              |
| 33527<br>043  | 24/08/2020 12:03   | <a href="#">2744446_CONTESTACAO_Anexo_02</a>   | Outros Documentos |

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**

Carta nº 13617527

Pag. 01885/01886 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010943



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  | Nome completo da vítima      |
|                           | 085.397.034-32 | Alexsandro de Figueira Silva |

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                              |                      |                  |
|------------------------------|----------------------|------------------|
| Nome completo                | CPF titular da conta | Profissão        |
| Alexsandro de Figueira Silva | 085.397.034-32       | guarda municipal |
| Endereço                     | Número               | Complemento      |
| Rua Augusto Firmino Paulo    | 155                  | capal            |
| Bairro                       | Cidade               | Estado           |
| Centro                       | Labedilo             | PB               |
| Email                        | CEP                  | Telefone (DDD)   |
|                              | 58101-015            | (83) 98817-1482  |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)   |  |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 0539 D/V<br>(Informar dígito se existir)  |  | <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 19482 D/V 9<br>(Informar dígito se existir) |  |
| <b>CONTA</b><br>NRO. 19482 D/V 9<br>(Informar dígito se existir)   |  | <b>CONTA</b><br>NRO. D/V<br>(Informar dígito se existir)           |  |

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

Labedilo, 29 de outubro de 2018

Local e Data



X Alexsandro de Figueira Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





23 NOV 2018

Gentio Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/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: À(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 Investigação, 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:**

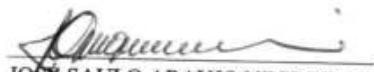
Local: Br 230, Comac, Cabedelo/PB, bairro Jardim Camboinha; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/06/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**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.

  
**JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS**  
Agente de Investigação

  
**ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA**  
Notificante

Procedimento Policial: 02081.01.2018.1.00.420



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<br><u>Alessandro de França Silva</u> | CPF da Vítima<br><u>085.397.034-32</u> | Data do Acidente<br><u>07/06/2018</u> |
|--|--|---------------------------------------|

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF 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 prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Pessoa, 29 de outubro de 2018.  
Local e Data

X Alessandro de França Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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  |  |                |                        |
| 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. |  |                |                        |
| 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 Matrícula: 521.935-3 EDCHARLTON CAVALCANTI VIANA, auxiliar da 3ª Seção desta 1ª CIBM, que digitei e assino:  |  |                |                        |

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar - 1º Comando Regional de Bombeiro Militar  
1ª Companhia Independente de Bombeiro Militar  
Rua Enivaldo Figueiredo de Miranda, nº 70, Centro, CEP: 58.550-100 - Cabedelo/PB  
Fone: (83) 3228-8588 / (83) 3228-8632 E-mail: 1cibmcabedelo@gmail.com



# 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



ACESSO DI COM BR/MINHAOI  
E USE A INTERNET PARA:

NA MINHA OI  
É TUDO MAIS FÁCIL.



LTC DEL TE 09 214  
ALEANDRO DE ALMEIDA SILVA  
RUA AUGUSTO DE PAULO, 55 CA 156  
CENTRO  
6910-010, FONE: 3401-1111 FAX:







BENEFICIÁRIO: Nu Pagamentos S.A.

|  |  |                     |                |                       |            |               |         |
|--|--|---------------------|----------------|-----------------------|------------|---------------|---------|
| Nome do Beneficiário:<br><b>Nu Pagamentos S.A.</b> |  | CNPJ/CNP            | 18236120000158 | Data de Vencimento    | 10/10/2018 | Valor Cobrado | 1235,96 |
| Agência / Código do Beneficiário                   |  | Número do Documento |                | Autenticação Mecânica |            |               |         |
| ---  |  | 26/00006306507-0    |                |                       |            |               |         |



237-2

23793.38128 60000.630651 07000.063300 1 76730000123596

|  |  |                     |  |               |  |                           |  |                                  |
|--|--|---------------------|--|---------------|--|---------------------------|--|----------------------------------|
| Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso  |  |                     |  |               |  | Vencimento                |  | 10/10/2018                       |
| Beneficiário:<br><b>Nu Pagamentos S.A.</b>   |  |                     |  |               |  | CNPJ/CNP                  |  | 18236120000158                   |
| Data do Documento  |  | Número do Documento |  | Espécie Doc.  |  | Data de Vencimento        |  | Agência / Código do Beneficiário |
| 24/09/2018   |  | 6306507             |  | DM            |  | 24/09/2018                |  | ---                              |
| Valor do Bônus   |  | Carteira            |  | Espécie Moeda |  | Quantidade Moeda          |  | Nome Número / Cód. do Documento  |
|  |  | 26                  |  | R\$           |  |                           |  | 26/00006306507-0                 |
| Observações:<br>Sr. Caixa:<br>1) Não aceitar pagamento em cheque;<br>2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;<br>3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento. |  |                     |  |               |  | (v) Valor do Documento    |  | 1235,96                          |
| Beneficiário:<br><b>Nu Pagamentos S.A.</b>   |  |                     |  |               |  | (i) Desconto / Abatimento |  | 0,00                             |
|  |  |                     |  |               |  | (j) Outras Deduções       |  | 0,00                             |
|  |  |                     |  |               |  | (k) Juros / Multa         |  | 0,00                             |
|  |  |                     |  |               |  | (l) Outros Acreditamentos |  | 0,00                             |
| Pagador:<br>Altamiro Correia de Moraes Neto<br>Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa<br>58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB  |  |                     |  |               |  | (m) Valor Cobrado         |  | 1235,96                          |
|  |  |                     |  |               |  | Código de Barra           |  | 01200783417                      |

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 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, capitalização e resseguro.

<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Altomirio Pereira de Moraes Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.007.834 / 17, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alessandro de Fomça Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.397.034 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Alessandro de Fomça Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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<br><u>Rua Governador José Gomes da Silva</u> |                              | Número<br><u>920</u>                              | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>Tombauzinho</u>                          | Cidade<br><u>João Pessoa</u> | Estado<br><u>PB</u>                               | CEP<br><u>58042-200</u>                          |
| Email   |                              | Telefone comercial(DDD)<br><u>(83) 98723-4062</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(83) 98808-6505</u> |

João Pessoa de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Terdulino da Silva,  
RG nº 647878, 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: MOW 7244/PB  
Chassi: 9C2N C4310A R071060  
Data do Acidente: 07/06/2018  
Local e Data: Cabedelo, 06 de novembro de 2018



Figueirêdo  
Dornelas  
Serviço Notarial e  
Registral



Assinatura do Declarante

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



Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registral  
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário  
Rua Adilson Pinheiro, 23 - Centro - CEP: 58110-000 - Cabedelo - PB  
Fone: (31) 3221-1142



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimnas(s) de:  
PAULO TERDULINO DA SILVA  
Em test. da verdade. Cabedelo-PB 01/11/2018 09:10:11  
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto  
[2018-011204]JENL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHR58051-VOKS  
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 PRONTUÁRIO 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 ORTOPEDISTA  
CRM - 2516

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





GOV.  
DA PA

**Boletim de Atendimento: 1086949**

| Identificação do paciente   |  |                                      |  |                   |
|---|--|--------------------------------------|--|-------------------|
| ID<br>1295761   | Nome<br>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA               |                                      |  | Sexo<br>Masculino |
| Data de nascimento<br>22/07/1988  | Idade<br>29 anos 10 meses 16 dias                | Estado civil                         | Religião   | Prontuário        |
| Mãe<br>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA  |  |                                      | Pai<br>NAO INFORMADO                             |                   |
| Escolaridade  |  |                                      | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |                   |
| DDD Móvel<br>83   | Fone Móvel<br>32281482                           |                                      |  | DDD Fixo          |
| Tipo documento  | Número documento                                 |                                      |  | Fone Fixo         |
| Local de procedência<br>BR 230  |  |                                      | Nº Cns   |                   |
| Email   | Naturalidade<br>CABEDELO                         |                                      |  | Tipo<br>BAIRRO    |
|   |  |                                      |  | UF<br>PB          |
|   |  |                                      |  | CBO/R             |
| Endereço  |  |                                      |  |                   |
| CEP<br>58310000   | Município de residência<br>CABEDELO              | UF<br>PB                             | Logradouro<br>AUGUSTO FIRMO                      |                   |
| Número<br>155   | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                     |  |                   |
| Admissão  |  |                                      |  |                   |
| Data e Hora<br>07/06/2018 23:06:03  | Número da pulseira<br>1000005171506              |                                      |  | Convênio<br>SUS   |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL   | Clínica  |                                      |  |                   |
| Classificação de risco  |  |                                      | Origem do paciente<br>RODOVIA                    |                   |
| Caráter de atendimento  | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>MOTO X OBJETO |  |                   |
| Indicadores e Transporte  |  |                                      |  |                   |
| Caso policial<br>Não  | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não            | Trauma<br>Não                                    |                   |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS   | Quem transportou                                 |                                      |  |                   |
| Sinais Vitais   |  |                                      |  |                   |
| PA<br>_____ X _____ mmHg  | Pulso  | Temperatura                          |  |                   |
| Exames complementares   |  |                                      |  |                   |
| Raio X [ ]  | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                            | TC [ ]   | Liquor [ ]        |
| ECG [ ]   |  | Ultrasonografia [ ]                  |  |                   |
| Dados clínicos<br>Paciente admitido com queimadura de 1º e 2º graus no antebraço direito e 1º grau no antebraço esquerdo. Lesão no 2º grau. |  |                                      |  |                   |
| Diagnóstico   |  |                                      |  | CID               |
| Atendido por<br>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA   |  |                                      |  | Tempo<br>10seg    |

Imprimatur

424.001





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<br><b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>         | BAE<br><b>1086949</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>07/06/2018 23:06:03</b>    | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>22/07/1988</b>               | Idade<br><b>29a 10m 17d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS   |
| Mãe<br><b>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA</b>         |  |  | Telefone de Contato<br><b>(83) 32281482</b> |
| Endereço<br><b>AUGUSTO FIRMO, 155</b>                 | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>CABEDELO</b>                       | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>MOTO X OBJETO</b>                      | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ALCIDES DE ASSIS LIRA NETO</b>  | Nº Cons. Regional<br><b>7115/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/06/2018 23:06:03</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>07/06/2018 23:16:58</b> |   |

## Anamnese

Paciente trazido por bombeiros com uso de colar cervical.  
 História de queda de moto com possível fratura exposta em joelho esquerdo (imobilizado).  
 Não houve 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 |

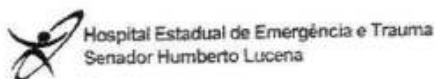
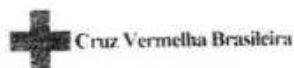
## Conduta

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





## CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075-270

Tel:

CNES: 122332

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Paciente<br><b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>         | BAE<br><b>1086949</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>07/06/2018 23:06:03</b>       | Data Baixa<br>SIA                   |
| Data de nascimento<br><b>22/07/1988</b>               | Idade<br><b>29a 10m 17d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                                 |
| Mãe<br><b>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA</b>         |  |   |                                     |
| Endereço<br><b>AUGUSTO FIRMO, 155</b>                 | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>CABEDELO</b>                          | UF<br><b>PB</b>                     |
| Acidente<br><b>MOTO X OBJETO</b>                      | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>CARLOS ALEXANDRE DE A MARANHÃO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>6794/PB</b> |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/06/2018 23:06:03</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>08/06/2018 00:45:49</b>    |                                     |

**Anamnese**

PACIENTE COM FRATURA 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.

**Conduta**

Em observação

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

CARLOS ALEXANDRE DE A MARANHÃO  
(: 6794/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 07/06/2018 23:06:13



fermar autogr  
08/08  
DC-f (Edson Tavares)  
NS / dk  
FA







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<br><b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>  |  | BAE<br><b>1086949</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>07/06/2018 23:06:03</b> | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>22/07/1988</b>  | Idade<br><b>29a 10m 17d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS   | Telefone de Contato<br><b>(83) 32281482</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA</b>  |  |  |   | Prontuário                                  |
| Endereço<br><b>AUGUSTO FIRMO, 155</b>  |  | Bairro<br><b>CENTRO</b>                            | Município<br><b>CABEDELO</b>                    | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>MOTO X OBJETO</b>   | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>EDSON DELGADO TINOCO</b>        | Nº Cons. Regional<br><b>7142/PB</b>             |   |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/06/2018 23:06:03</b>  |  | Data/Hora Prescrição<br><b>08/06/2018 00:20:31</b> |   |   |
| <b>Anamnese</b><br>ORTOPEDIA<br>PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO FEMUR DISTAL ESQUERDO<br>COM TRANSLAÇÃO E ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO( RISCO DE LESÃO VASCULAR)<br>SOLICITO VAGA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA<br>SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR NO INTRA OPERATÓRIO |  |  |   |   |
| <b>Conduta</b><br>Em observação  |  |  |   |   |

**Dr. Edson D. Tinoco**  
 ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA  
 CRP-PB 7142

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

**EDSON DELGADO TINOCO**  
 (CRM: 7142/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 07/06/2018 23:06:13

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=307299&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:03:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412031684400000032084946

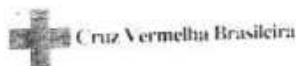
Número do documento: 20082412031684400000032084946

Num. 33527043 - Pág. 16

15/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&amp;perform=imprimir&amp;controle=2&amp;id=401306&amp;dataInicial=15/06/2018%2018:49:36&amp;dataFinal=15...

Enf 11101

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: MARCIA  
FERNANDA DE ALMEIDA  
GADELHA

Em: 15/06/2018 18:50:18

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

**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 LEUCICITOSE 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

d

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&amp;perform=imprimir&amp;controle=2&amp;id=401306&amp;dataInicial=15/06/2018%2018:49:36&amp;dataFinal=15... 1/1

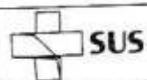


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:03:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412031684400000032084946

Número do documento: 20082412031684400000032084946

Num. 33527043 - Pág. 17



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**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - CDD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

TMC - EX. DHS/DCS

PLACA DCS 10F

FARMACUSO ESPONJOSO ROSCA 16 Nº 65

FARMACUSO (Nº 36

CORTICAL Nº 40

Nº 42

Nº 52

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF





## RELATÓRIO DE CIRI

HEETSHL

Nome: Alessandro de Francis Silva BE/Prontuário: 1086949

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (☒) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 15/06/18

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura supra-intercondiliana fêmur (E)

Cirurgião: Dr. Milton Barbosa 1º Assistente: Dr. Renato Gomes

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Camile

Tipo de Anestesia: Ráqui Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório                                     | CID |
|--|-----|
| <u>Fratura exposta supra-intercondiliana do fêmur esquerdo</u> |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |



| Procedimentos Cirúrgicos                                   | Código |
|--|--------|
| <u>Redução Aberta + fixação interna com DES de 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

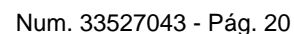
Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. José Paulo Gomes  
Ortopedista  
CRM: 1086949

João Pessoa, 15/06/18

F(NG).ASCIR.009-1



FIND ASCEB 0212





## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/06/2019

PRONTUÁRIO:

|                            |                        |             |                      |         |                 |                      |             |         |
|----------------------------|------------------------|-------------|----------------------|---------|-----------------|----------------------|-------------|---------|
| PACIENTE:                  | Alfonso de Fionça Selo |             | SEXO:                | M       | COR:            |                      | IDADE:      | 29a     |
| PRESSÃO ARTERIAL           | PULSO                  | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA          | PESO    | GRUPO SANGÜÍNEO |                      |             |         |
| ESTADO GERAL               | BOM ( )                | REGULAR ( ) | MAU ( )              | PÉSSIMO | RISCO CIRÚRGICO | BOM ( )              | REGULAR ( ) | MAU ( ) |
| EXAMES COMPLEMENTARES      |                        |             |                      |         |                 |                      |             |         |
| AP. RESPIRATÓRIO           | NON                    |             | AP. CIRCULATÓRIO     | NON     |                 |                      |             |         |
| AP. DIGESTIVO              | NON                    |             | ESTADO MENTAL        | LOTE    |                 | DROGAS EM USO        |             |         |
| PRÉ-ANESTÉSICO             | NON                    |             | ESTADO FÍSICO (ASA)  |         |                 |                      |             |         |
| DOSE / HORA                |                        |             |                      |         |                 |                      |             |         |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO |                        |             |                      |         |                 |                      |             |         |
| CIRURGIA REALIZADA         |                        |             |                      |         |                 |                      |             |         |
| CIRURGIÃO                  | Nilton                 |             | AUXILIARES           | Renner  |                 |                      |             |         |
| INÍCIO DA ANESTESIA        | 14:00                  |             | TÉRMINO DA ANESTESIA | 17:40   |                 | DURAÇÃO DA ANESTESIA |             |         |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO     |                        |             | QUANT. DE CH.        |         |                 | VALORES R\$          |             |         |
| ANESTESISTA                | Camilla Oliveira       |             | CRM-PB               |         |                 |                      |             |         |

Camilla Oliveira  
CRM-PB 3047

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEPAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-João Pessoa/PB

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| AGENTES/HORA  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LIQUÍDOS VENOSOS  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LIQUÍDOS  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PULSO   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIÁSTOLICA  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ARTERIAL  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANESTESIA   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOTAÇÕES  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANESTESIA GERAL   | <input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TECNICA   | <input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LIQUÍDOS  | MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GLICOSE   | 1. Opialuo 2g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NACL  | 2. Ringer 10g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SANGUE  | 3. Diprivo 2g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RUSSER  | 4. Adrenalina 1g                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL   | 5. Cetorolaco 100mg                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESTINO DO PACIENTE   | 6. Ringer 10g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> AP+ <input type="checkbox"/> ENFERMARIA  | 7. Ringer 20g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA  | 8. Ringer 20g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> OUTROS   | 9. Ringer 20g                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBSERVAÇÕES IMPORTANTES   | 10. Ringer 20g                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. Ringer 10g  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paciente sedado, monitorizado oximétrico de saturação de O2, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura. Não houve complicações. Ringer 10g. |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASSINATURA DO ANESTESISTA   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

F. (NO) ASCIR.028-1



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA  |
|--|
| <p><b>Posição e Preparo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente em DDH nob. quarteira</li> <li>- Assepsia + Antiseptia</li> </ul>   |
| <p><b>Incisão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incisão longitudinal distal para acesso ao fêmur distal (E)</li> <li>- Dissecção por planos até foco de fratura</li> </ul>   |
| <p><b>Achados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fratura supra-intertcondiliana fêmur esquerdo com falha da cortical medial no trago transverso</li> </ul>  |
| <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução aberta da fratura e passagem de parafusos interfragmentário fechando o trago de fratura articular</li> <li>- Passagem de parafusos distizante 80mm</li> <li>- colocação de placa DCS 19 furos e fixação com os parafusos corticais proximais</li> <li>- colocação de parafusos centropino</li> <li>- controle de redução e fixação com radioscopia</li> <li>- controle de hemostase</li> </ul> |
| <p><b>Fechamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sutura por planos</li> <li>- Curativo estéril</li> </ul>  |
| <p><b>Observação:</b></p>  |



*[Handwritten signature]*

João Pessoa, 18/06/18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



|   |  |                     |  |   |  |  |  |
|---|--|---------------------|--|---|--|--|--|
| <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde   |  | Ministério da Saúde |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> |  | Folha 1/2  |  |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde   |  |                     |  |   |  | 2 - CNES   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HEETSHL</b>                         |  |                     |  |   |  | 4 - CNES   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HEETSHL</b>                          |  |                     |  |   |  |  |  |
| Identificação do Paciente   |  |                     |  |   |  | 5 - N° DO PRONTUÁRIO<br><b>1086949</b>   |  |
| 6 - NOME DO PACIENTE<br><b>ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA</b>                         |  |                     |  |   |  | 8 - SEXO<br>Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1    Fem <input type="checkbox"/> 3 |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  |  |                     |  |   |  | 9 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>22/07/1988</b>  |  |
| 10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL   |  |                     |  |   |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>N° DO TELEFONE   |  |
| 12 -  |  |                     |  |   |  | 13 -   |  |
| 13 -  |  |                     |  |   |  | 14 -   |  |
| 14 -  |  |                     |  |   |  | 15 -   |  |
| 15 -  |  |                     |  |   |  | 16 -   |  |
| 16 -  |  |                     |  |   |  | 17 -   |  |
| 17 -  |  |                     |  |   |  | 18 -   |  |
| 18 -  |  |                     |  |   |  | 19 -   |  |
| 19 -  |  |                     |  |   |  | 20 -   |  |
| 20 -  |  |                     |  |   |  | 21 -   |  |
| 21 -  |  |                     |  |   |  | 22 -   |  |
| 22 -  |  |                     |  |   |  | 23 -   |  |
| 23 -  |  |                     |  |   |  | 24 -   |  |
| 24 -  |  |                     |  |   |  | 25 -   |  |
| 25 -  |  |                     |  |   |  | 26 -   |  |
| 26 -  |  |                     |  |   |  | 27 -   |  |
| 27 -  |  |                     |  |   |  | 28 -   |  |
| 28 -  |  |                     |  |   |  | 29 -   |  |
| 29 -  |  |                     |  |   |  | 30 -   |  |
| 30 -  |  |                     |  |   |  | 31 -   |  |
| 31 -  |  |                     |  |   |  | 32 -   |  |
| 32 -  |  |                     |  |   |  | 33 -   |  |
| 33 -  |  |                     |  |   |  | 34 -   |  |
| 34 -  |  |                     |  |   |  | 35 -   |  |
| 35 -  |  |                     |  |   |  | 36 -   |  |
| 36 -  |  |                     |  |   |  | 37 -   |  |
| 37 -  |  |                     |  |   |  | 38 -   |  |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO   |  |                     |  |   |  |  |  |
| 2 Fixador Externo - IMPOL<br>linear tam 350mm x 200mm<br>1 Pino de Schanz - IMPOL |  |                     |  |   |  |  |  |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE   |  |                     |  |   |  |  |  |
| 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO  |  |                     |  |   |  |  |  |
| 41 - DOCUMENTO  |  |                     |  |   |  |  |  |
| 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                           |  |                     |  |   |  |  |  |
| 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                            |  |                     |  |   |  |  |  |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |  |                     |  |   |  |  |  |
| 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR   |  |                     |  |   |  |  |  |
| 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  |  |                     |  |   |  |  |  |
| 47 - DOCUMENTO  |  |                     |  |   |  |  |  |
| 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                           |  |                     |  |   |  |  |  |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                            |  |                     |  |   |  |  |  |







## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **ALESSANDRO DE FRANCA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1086949**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: **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 |
|---|-----|
| <b>FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO</b> |     |
|   |     |
|   |     |
|   |     |
|   |     |

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

ENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

CNS 3034475057800

DATA:

**8/6/2018**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:03:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412031684400000032084946>

Número do documento: 20082412031684400000032084946

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                     |
|---|
| Posição e Preparo:  |
| <b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>                      |
| <b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>                             |
| <b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>                      |
| Incisão:  |
| Achados:  |
| <b>FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO</b>           |
| Condução:   |
| <b>LIMPEZA COM SF ABUNDANTE</b>                           |
| <b>DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS</b>             |
| <b>REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA COM AUXILIO DE ESCOPIA</b> |
| <b>COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE</b> |
| <b>REVISÃO DA HEMOSTASIA</b>                              |
| <b>SUTURA</b>   |
| Fechamento:   |
| <b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>                                 |
| <b>DE CONTROLE</b>  |
| Observação:   |
| <i>Descontato e drenado por Dr. Pedro Henrique</i>        |



Médico/CRM:

*[Assinatura]*  
Dr. Francisco Freitas  
Médico  
CRM-PB 5601  
CNS 703404570057800

João Pessoa,

8/6/2018



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Alexandro de França Silva  
 IDADE: 29 ANOS BE 10869449 SEXO M ENFERMARIA LEITO  
 CIRURGIA: Tat. Cirúrgica de fratura de fêmur E + limpeza Cirúrgica  
 CIRURGIÃO: Dr. Edson Tinoco ZAUZ  
 ANESTESIA: Raquel  
 ANESTESISTA: Dr. Debora Capistrano  
 INSTRUMENTADOR:  
 DATA: 08/06/2018 CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO FIM CIRURGIA INÍCIO FIM 01:00 FM 03:00  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)  
 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 SE 0,91 1000 JELCO Nº18 FIO CAT GUT CROMADO Nº  
 BUPIVACAÍNA ISOBARICA JELCO Nº20 FIO CAT GUT CROMADO Nº  
 BUPIVACAÍNA PESADA JELCO Nº22 FIO DE AÇO Nº  
 CETAMINA JELCO Nº24 FIO DE AÇO Nº  
 DROPERIDOL KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº FIO DE NYLON Nº 3-0 M  
 ETOMIDATO SOLUÇÕES QTD. LÂMINA BISTURI Nº11 FIO DE NYLON Nº  
 FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% LÂMINA BISTURI Nº15 FIO DE NYLON Nº  
 FENTANILA PVPI DEGERMANTE LÂMINA BISTURI Nº23 FIO POLIGLACTINA Nº  
 FLUMAZENIL PVPI TINTURA LÂMINA BISTURI Nº24 FIO POLIGLACTINA Nº  
 IODURO PVPI TÓPICO LÂMINA DE DERMATOMO FIO POLIGLACTINA Nº  
 LUBROBUPIVACAÍNA C/ VASO SABÃO ANTISÉPTICO LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº  
 LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO MATERIAIS QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. 12/8 FIO POLIPROPILENO Nº  
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X4,5 LUVA ESTÉRIL Nº7,0 FIO POLIPROPILENO Nº  
 LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 } 08 LUVA ESTÉRIL Nº7,5 FIO POLIGLACTAPRONE Nº  
 MIDAZOLAM AGULHA 25X08 LUVA ESTÉRIL Nº8,0 FIO SEDA Nº  
 MORFINA AGULHA 40X12 LUVA ESTÉRIL Nº8,5 FIO SEDA Nº  
 NIMBILUM AGULHA PERIDURAL Nº16 MÁSCARA CIRÚRGICA MATERIAL ESPECIAL QTD.  
 PANCURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 MULTIVIAS CATETER DE PIC  
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18 PERFURADOR DE SOCO CIMENTO CIRÚRGICO  
 PROPOFOL AGULHA RAQUI Nº250 SCALP Nº19 CLIP TITÂNIO LIGADURA  
 RAMFENTANILA AGULHA RAQUI Nº260 SCALP Nº21 FIO DE KIRSCHNER Nº  
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUI Nº270 SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNER Nº  
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNER Nº  
 SULXAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM SERINGA 10ML FIO DE KIRSCHNER Nº  
 TIOPENTAL ATADURA GESSADA SERINGA 20ML GRAMPEADOR CIRÚRGICO  
 MEDICAÇÕES QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 HEMOST. ABSORVÍVEL  
 ADRENALINA CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 KIT DERIVA VENTRICULAR  
 ÁGUA DESTILADA CATETER DE OXIGÊNIO SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 PRÓTESE VASCULAR  
 ATROPINA CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 KIT PAM  
 BEXTRA CATETER EPIDURAL Nº16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 FIXADOR EXTERNO 1  
 CLONIDINA CATETER EPIDURAL Nº17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 EMPRESA  
 METASONA CATETER EPIDURAL Nº18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14  
 DIFENIDOL CERA PARA OSSO SONDA NASOG. CURTA PARAFUSOS CORTICAIS  
 EFEDRINA COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA PARAFUSOS CORTICAIS  
 SEMIDA COMPRESSAS CIRÚRGICAS 27/27 SONDA URETRAL Nº PARAFUSOS ESPONIOSO  
 GEL 50% COMPRESSAS CIRÚRGICAS TORNEIRINHA PARAFUSOS ESPONIOSO  
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR  
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR  
 LIDOCAÍNA GELÉIA ELETRODOS TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PLACA  
 ONDASETRONA EQUIPO MACROGOTAS TUBO SILICONE (LATEX) PLACA  
 PLASIL EQUIPO TRANSF. SANGUE  
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS  
 PROTAMINA ESPONJA DE PVPI FIOS QTD. ( ) ASPIRADOR  
 TENOXICAN ESPARADRAPO C FIO ALGODÃO S/A Nº ( ) BISTURI ELÉTRICO  
 GAZES C FIO ALGODÃO S/A Nº ( ) CAPNOGRAFO  
 GAZES ALGODOADAS FIO ALGODÃO C/A Nº ( ) CARDIOMONITOR  
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO C/A Nº ( ) DESFIBRILADOR  
 JELCO Nº14 ( ) FOCO AUXILIAR  
 JELCO Nº16 ( ) FOCO CENTRAL  
 ( ) MICROSCOPIO  
 ( ) OXÍMETRO DE PULSO  
 ( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA  
 ( ) PERFURADOR ELÉTRICO  
 ( ) SERRA  
 CIRCULANTE  
 Téc. de Enfermagem  
 COFEN-28 306518  
 FING/ASCIR 021-2

Formulário de Anamnese e Exame Físico. Campos preenchidos: Nome do Paciente: Alexandre de Franca Silva; Idade: 29; Sexo: M; Data de Nascimento: 10/06/1989; Endereço: Rua...; Diagnóstico: Lesão de fratura de fêmur e lesão de ligamento cruzado anterior; Anamnese: História de trauma no joelho direito há 24 horas; Exame Físico: Lesão de fratura de fêmur direito, lesão de ligamento cruzado anterior direito; Diagnóstico: Lesão de fratura de fêmur e lesão de ligamento cruzado anterior; Tratamento: Fixação cirúrgica de fratura de fêmur e reconstrução de ligamento cruzado anterior; Anestesia: Geral; Instrumentação: Cirurgia de fratura de fêmur e reconstrução de ligamento cruzado anterior; Equipamentos: Equipamentos de fratura de fêmur e reconstrução de ligamento cruzado anterior; Materiais: Materiais de fratura de fêmur e reconstrução de ligamento cruzado anterior; Fios: Fios de fratura de fêmur e reconstrução de ligamento cruzado anterior; QTD: Quantidade de fratura de fêmur e reconstrução de ligamento cruzado anterior.



Num. 33527043 - Pág. 27

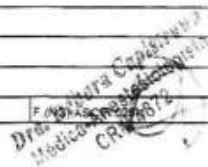
Número do documento: 20082412031684400000032084946



DATA: 08/00/18

PRONTUÁRIO:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
Gentil Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 St. 1006-Juho Passos/PB



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 776 St. João Passos/PB

UF: PB  
CNPJ: 0020772563-2  
NOME: PAULO TERDULINO DA SILVA  
MOTORISTA: 22531092404  
MOTOR: MOW7244/PB  
NOVO: NOVO  
PB: 9C2NC4310AR071060  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  
HONDA/CB 300 E  
2 P/291 /C1  
PARTIC  
GASOLINA  
2010 2010  
PRETA  
I  
P  
V  
A  
00000/0000  
1  
2  
3  
SEGUR  
P A G O  
08/06/2018  
SEM RESERVA DE DOMINIO  
ARBEDELO-PB  
36633  
Arbele





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
Genia Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-João Pessoa/PB

4  
0  
51

PB Nº 013731325546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 22531092404 2018 11/06/2018  
00207725632 HONDA/CB 300 R  
ANIL FAS 2010 9 9C2NC4310AR071060  
PRÊMIO TARIFÁRIO  
\*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE R\$ \*\*\*\*\*  
S COTA ÚNICA  
SEGURO PAGO  
08/06/2018  
SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 09 248 808-0001-04  
31186-1113392-20180611  
11111111111111111111111111111111



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421375/18

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

#### 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](http://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 FÊMUR 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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA SUPRA INTERCONDILIANA DO FÊMUR 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:**

Karla Souza





**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.

Figueiredo  
Dornelas  
S/A



**ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA**  
CPF nº 085.397.034-32

OUTORGANTE



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registro  
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário  
Rua Amador Pinheiro, 99 - Centro - CEP: 58111-001 - Cabedelo/PB  
Fone: (81) 3228-1142

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

Rua Governador José Gomes da Silva, 920, sala 01, Tambauzinho, João Pessoa/PB – CEP: 58042-200 –  
Contato: 83 98723-4062



## 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](http://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

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALINE GOMES DE BRITO

