
Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049841

Vítima: EDIVANDO TEOFILLO DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIVANDO TEOFILLO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200049841 Vítima: EDIVANDO TEOFIL0 DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIVANDO TEOFIL0 DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049841

Vítima: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000051888-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: Edsonaldo Jeofilo de Souza

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

5 - Nome completo: Edsonaldo Jeofilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Rua José Targino da Costa 9 - Número: 43 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Adele dos eulibris 12 - Cidade: São Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 52073187
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83993666369

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 519887 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, J. Pessoa 20.01.2020

Edsonaldo Jeofilo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 069.123.484-16 3 - CPF da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: Edirando Teófilo de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: Edirando Teófilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Marceneiro 8 - Endereço: R. José Targino de Castro 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade dos Golibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58073-187
15 - E-mail: (83) 98708-8728 (83) 98830-7157 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 0 CONTA: 51 888 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 19/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00017.01.2020.1.01.010



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00017.01.2020.1.01.010, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:00 horas do dia 24 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 10ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Joselito Vieira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 906085, ao final assinado, compareceu **Edivando Teófilo de Souza**, CPF nº 069.123.484-16, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante, filho(a) de Maria Laurinete Teófilo de Souza e Edivaldo Antonio de Souza, natural de Juazeirinho/PB, nascido(a) em 05/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. José Targino da Costa, Nº 41, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Sem Referência, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Três Lagoas, nº S/N, Alça das Três Lagoas, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/09/19 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

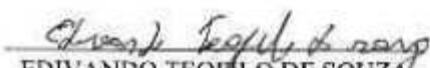
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o noticiante que quando conduzia sua Motocicleta de marca Honda NXR 150 BROS, 2014, BRANCA DE PLACA-OFE8633/PB, Registrada em seu nome, quando foi surpreendido por outro motoqueiro de caracteres desconhecido que vinha na contra mão, onde houve o choque, perdendo o controle e que em decorrência da queda veio ao solo, posteriormente socorrido para o Hospital de Trauma, Senador Humberto Lucena, N/Capital, onde passou por procedimento Cirúrgico. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÊ

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 fê.

João Pessoa/PB, 24 de janeiro de 2020.


JOSELITO VIEIRA DA SILVA
Agente de Investigação


EDIVANDO TEÓFILO DE SOUZA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: Edsonaldo Jeofilo de Souza

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

5 - Nome completo: Edsonaldo Jeofilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Rua José Targino da Costa 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: Aço de dos colibris 12 - Cidade: São Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 52073187
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83993666369

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 519887 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, J. Pessoa, 20.01.2020

Edsonaldo Jeofilo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: Edirando Teófilo de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: Edirando Teófilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Marceneiro 8 - Endereço: R. José Targino de Castro 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade dos Golibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58073-187
15 - E-mail: (83) 98708-8728 (83) 98830-7157 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 51 888 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digitalizada e assinada por quem assina a pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 19/02/2020

Edirando Teófilo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000051888-7

Nr. da Autenticação 7295708F0FE9A984



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
NOME E NÚMERO
MATRÍCULA

67436056

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE LOPES DE SOUZA NETO
RUA JOSE TARGINO DE CASTRO, 41 - CIDADE DOS
COLIBRIS JOAO PESSOA PB 58073-187

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.079.126.0415.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
13N943883	23/01/2014	JARD LAC	LIGADO	POTENC		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1271	1288	17	30	13/01/2020		
LIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017		
NOV/2019	24	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFO		
OUT/2019	20	TURBIDEZ	268	288	27	
SET/2019	18	60	CLORO	268	288	28
AGO/2019	22	COL. TERMOT	0	0	0	
JUL/2019	15	COR	73	145	15	
JUN/2019	15	COL. TOTAIS	268	288	2	
MEDIA(N)	19	DADOS REFERENTES A: OUT/2019				



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Gerador: Humano Localiza



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Documento de Alta

Nome: EDVANDO TEÓFILO DE SOUZA			Número Exame/Exame: 110019
Data de Nascimento: 06/12/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 14/09/2019 04:21:35	Data de Alta: 20/09/2019 07:20:05
Motivo de alta: ALTA MÉDICA			
Conduta: osteossíntese de platô tibial			
Resumo da internação: poltrauma com lesão em joelho e fratura de platô acometido a síntese com interbloqueios de talas todos e de stefferson			
Resultado de Exames: mostra fratura			
Tratamento: osteossíntese de platô tibial			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia			
Recomendações: uso de medicação e retorno ambulatorial frap			

Data: 23/09/2019


SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE
2019-09-20 07:20:05

Edvando Teófilo de Souza
Direção Médica
Data: 20/09/2019

RE: 1189923

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
06/11/19	HAQ	07:00	2
17/12/19			

F(NG).APC.035-1



GOV
SEC
HOSPITAL DE EMER

CAR

PACIENTE: _____

DATA DO AT _____

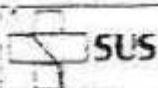
Nº PRONTUÁRIO _____

MÉDICO (CAP) _____

DIAGNÓSTICO _____

PROCEDIMENTO _____

SEMPRE QU
NECESSÁRIO



Sistema Ministério
União de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

7 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTOE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTOE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTOE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTOE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTOE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTOE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Tratamento do paciente com diagnóstico de
do Pânico Social Agudo. Baixo risco de morte
por causa das lesões.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edivando Teofilo de Souza
DATA DE NASCIMENTO 05/12/85
NOME DA MÃE Maria Laurinete Teofilo de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118069
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1189923
DATA DO ATENDIMENTO 13/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em membro inferior esquerdo e região temporal esquerda, nega perda da consciência, apresenta edema em MIE. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial E.

ALTA HOSPITALAR: 23/09/2019
DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Secretor Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1189923



Identificação do paciente						
ID 919018	Nome EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33 anos 9 meses 26 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 118069		
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA	Pai EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA					
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) GLEICE KELLY SANTOS DE FREITAS - ESPOSO(A)					
DDD Celular 83	Celular 986647797	DDD	Telefone			
Tipo documento CPF	Número documento 06912348416	Nº Cns 700500506914658				
Local de procedência OITIZEIRO		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO	CBO/R				
Endereço						
CEP 58088170	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro do Juá			
Número 1792	Complemento	Bairro Oitizeiro				
Admissão						
Data e Hora 13/09/2019 20:51:05	Número da pulseira 1000008024472	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte ARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 14seg

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Unidade: Hospital Central



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Documento de Alta

Nome: EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Número Prontuário: 119069
Data de Nascimento: 05/12/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 14/09/2019 04:21:28	Data de Alta: 23/09/2019 07:25:05
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: osteossíntese de plato tibial			
Resumo da Internação: politrauma com lesão em joelho e fratura de plato submetido a síntese sem intercorrecias dr tales farias e dr steferson			
Resultado de Exames: rx mostra fratura			
Tratamento: osteossíntese de plato tibial			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: uso da medicação e retorno ambulatorial htop			

Data: 23/09/2019

SALVO BRUNO S. BARROS
BRUNO SILVA BARROS
CRM: 5615 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1189923



Identificação do paciente				
ID	Nome			Sexo
919018	EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
05/12/1985	33 anos 9 meses 8 dias	CASADO(A)	NAO INFORMADA	
Mãe	Pai			
MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA	EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
FUNDAMENTAL COMPLETO	GLEYCE KELLY SANTOS DE FREITAS - ESPOSO(A)			
DDD Celular	Celular	DDD		Telefone
83	986647797			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
CPF	06912348416	700500506914658		
Local de procedência	Tipo		UF	
OITIZEIRO	BAIRRO		PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	JUAZEIRINHO			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58088170	JOAO PESSOA	PB	do Juá	
Número	Complemento	Bairro		
1792		Oitizeiro		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio		
13/09/2019 20:51:05	1000008024472	SUS		
Especialidade	Clínica			
CIRURGIA GERAL				
Classificação de risco	Origem do paciente			
	RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente		
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Não	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
CARRO PARTICULAR				
Sinais Vitais				
PA	Pulso		Temperatura	
	X	mmHg		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
				ECG []
				Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por				Tempo
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				14seg

Imprimir

x Gleyce Kelly Santos de Freitas



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILO DE SOUZA	BAE 1189923	Data/Hora Entrada 13/09/2019 20:51:05	Data Baixa
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33a 9m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986647797
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA		CNS 700500506914658	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Oitizeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2019 20:51:05		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 21:03:05	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE TRAUMATISMO DE MOTOCICLETA HÁ 15 MINUTOS, REFERE DOR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, NEGA DESMAIO E OUTRAS QUEIXAS. AO EXAME: IMOBILIDADE FUNCIONAL DO MIE

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. AGORA, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Teofilho
Cirurgião
TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(2563/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 13/09/2019 20:51:19



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILO DE SOUZA	BAE 1189923	Data/Hora Entrada 13/09/2019 20:51:05	Data Baixa
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33a 9m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986647797
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA		CNS 700500506914658	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Oitizeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 13/09/2019 20:51:05		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 23:02:15	

.NAMNESE

HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 5 HORAS QUEIXA-SE DE DOR NO JOELHO ESQUERDO AO EF DO JOELHO ESQUERDO :
PACIENTE EM CADEIRA DE RODAS. ESCORIAÇÕES ANTERIOR. EDEMA(+4+), ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR INTENSA ,
NEUROVASCULAR PRESERVADO RAOX : FRATURA DO PLATO LATERAL , SEM DESVIO ARTICULAR APARENTE PELA RADIOGRAFIA
JOLICITO TC PARA DEFINIÇÃO DE CONDUTA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

Em observação

Enfermeiro

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM- 165843/SP)

Atestado registrado por: **THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA** em 13/09/2019 20:51:19

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEOT 15589



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILO DE SOUZA	BAE 1189923	Data/Hora Entrada 13/09/2019 20:51:05	Data Baixa
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33a 9m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986647797
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA		CNS 700500506914658	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Oitizeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FILIFE ALMEIDA BOTTER	Nº Cons. Regional 10583/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2019 20:51:05		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 23:39:54	

AMNESE

HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 5 HORAS QUEIXA-SE DE DOR NO JOELHO ESQUERDO AO EF DO JOELHO ESQUERDO: PACIENTE EM CADEIRA DE RODAS, ESCORIAÇÕES ANTERIOR, EDEMA(+4+), ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR INTENSA, NEUROVASCULAR PRESERVADO RAOX: FRATURA DO PLATO LATERAL, SEM DESVIO ARTICULAR APARENTE PELA RADIOGRAFIA SOLICITO TC PARA DEFINIÇÃO DE CONDUITA TC: FRATURA DE PLATO TIBIAL COM DEPRESSÃO CENTRAL E ANTERIOR SIGNIFICATIVA SUPERIOR A 1 CM HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL SCHATZKER 3 CD; INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, SOLICITO MATERIAL 3,5 E 4,5 ESTREITA EXAMES PRE OPERATÓRIO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES:: S/N)

Diluir

NDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, (OBSERVAÇÕES:: LENTO , SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.581/1996 - 14.199

HEMOGRAMA COMPLETO
COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
UREIA
POTASSIO
SODIO
GLICOSE
PROCEDIMENTO


TALA INGUINO PODÁLICO

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente


Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.583 / PB - 14.193

Enfermeiro

FILIPPE ALMEIDA BOTTER
(CRM: 10583/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 13/09/2019 20:51:19



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **EDVANDO TEOFILO** BE/PRONTUÁRIO: **1189923**
IDADE: **47** SEXO: **m** COR: DATA: **21/9/2019**
CLÍNICA / SETOR: **ORTOPEDIA** ENF 12/02
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR. THALES FARIAS** 1º ASS: **DR. STERFFERSON**
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DR. EDVAN**
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO	

OCORRÊNCIA DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:



DATA: **21/9/2019**



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO E ANTIBIÓTICO PROFILAXIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS	
Incisão:	
MINI INCISÃO POR VIA LATERAL DE PLATO ESQUERDO	
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADO DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE PLATEAU TIBIAL LATERAL ESQUERDO	
Condução:	
REDUÇÃO DA FRATURA INDIRETA	
FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS COM ARROELAS ESPONJOSAS	
Fechamento:	
SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS	
CURATIVOS ESTÉREIS .	
Observação:	
RX CONTROLE	

Médico/CRM:

João Pessoa,

21/9/2019

Nota de Sala Cirúrgica



9

Nome do Paciente: **Edumando Teófilo de Souza**

Idade: **33** Sexo: **M** Data de Nascimento: **18/09/23**

Cirurgia: **Brat. Purg. Brat. Placa Fibral Brat**

Cirurgião: **Esteliano**

Anestesia: **Raque**

Anestesiista: **Edumando**

Instrumentação: **Keelma**

Data: **21/09/19** Tempo Cirúrgico - Anestesia: **12:45 / 13:30 / 13:00 / 13:30**

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

Grado de Contaminação: 1 () Limpa 2 () Contaminada 3 () Infectada 4 () Potencialmente Contaminada

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO				FIO DE NYLON Nº	
YENOBARRITAL		SOLUCOES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	ALCOOL ETILICO 70%	✓	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPI DEGERMANTE	✓	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPI TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		PVPI TOPICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA C/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 13x4,5	✓	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25x07	✓	FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	AGULHA 25x08	✓	FITA CARDIACA	
NIMBILIM		AGULHA 40x12	✓	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº16		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº17		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL		AGULHA PERIDURAL Nº18		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº230		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº260	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUI Nº270		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ALGODÃO ORTOPEDICO		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA DE CREPOM	✓	GRANDEADOR CIRURGICO	
		ATADURA GESSADA		HEMOST ABSORVIVEL	
		BOLEA P/ COLUSTOMIA		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		PROTESE VASCULAR	
AGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	KIT PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16			
CEFAZOLINA	✓	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	60-8
DIPIRONA SODICA	✓	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FFEDRINA	✓	COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONIOSO	R16 80-1
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	1	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	1	PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HEIDROCORTISONA	1	DRENO DE SUCCAO		PLACA	
LIDOCÁINA GELEIA	1	ELETRODOS	1	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
PLASII		EQUIPO TRANSF SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	1	EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	() BISTURI ELETRICO	
		GAZES	1	() CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODODAS	1	() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO	✓	() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXIMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELETRICO	

2- Arrelhos tue

2- EX. 415 tue

Marcelly

Técnica de Enfermagem

COREN

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/09/19

PRONTUÁRIO: 1189923

ACIENTE: EDUARDO TEÓFILO DE SOUZA

SEXO: M COR: P

IDADE: 33a

PRESSÃO ARTERIAL: 65 PULSO: 12 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 80 kg GRUPO SANGÜÍNEO: A

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO () RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO ()

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: MUC + em AUI, SRA

AP. CIRCULATÓRIO: ROR, 27, 30, 35, 5

AP. DIGESTIVO: JETUM > 8h ESTADO MENTAL: QSTE

DROGAS EM USO: VFM

PRE-ANESTÉSICO: Midazolam 2mg Sup

ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: Dr. SENESE

AUXILIARES: Dr. THALES

INÍCIO DA ANESTESIA: 12:50h

TERMINO DA ANESTESIA: 13:40h

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA: Dr. GUTENBERG

CPF:

CRM-PB: 8348

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA: 12:50h, 13:40h, 14h

ANESTESIA GERAL () RAQUIDIANA (x) EPIDURAL () BLOO PLEXO () BLOO NERVOS () OUTROS ()

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico: 1. Bupivacaína 0,5% 125mg 2. Dinat 80mg 3. Ceclorina 2g 4. Dexametasona 10mg 5. Midazolam 2mg 6. Ondansetrona 8mg 7. Midazolam 2mg 8. Fentanyl 100mcg

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Gutemberg de Souza
Medicina Anestesiologia
CRM-PB 8348

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE

Edivaldo Teófilo de Souza




V-02
P-237

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 3.257.529 -2 VIN DATA DE EMISSÃO 04/07/2012

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

FILIAÇÃO EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA
MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA

NATURALIDADE JUAZEIRINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 05/12/1985

DIG. ORIGEM CASAM N. 7263 FLS. 63 LIV. B-30
PARTORIO 12 JOÃO PESSOA/PB

13.484-16

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edinando Jeofilo de Souza
 DATA DO ACIDENTE 13-09-2019 CPF DA VÍTIMA 069123484-16
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Edinando Jeofilo de Souza
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Jose Targino da Costa
 Nº 41 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Cidade dos Edilhões
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 993666364

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PER
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU C
 DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE
 SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D
 (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO
 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS C

DOCUMENTOS COMPLEME

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 12
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 12
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 12
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.09.2019
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Edinando Jeofilo de Souza



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA *Edison de la Paz S. Souza*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049841 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA
P1,9,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041431/20

Número do Sinistro: 3200049841

Vítima: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

CPF: 069.123.484-16

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA : 069.123.484-16

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA
CPF: 069.123.484-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041431/20

Vítima: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

CPF: 069.123.484-16

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA : 069.123.484-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA
CPF: 069.123.484-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO