

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSUE JOSE DA PAIXAO**

Nº Sinistro: **3170662847**

Vitima: **JOSUE JOSE DA PAIXAO**

Data do Acidente: **11/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170662847**.

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 12142017



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Nº Sinistro: 3170662847
Vitima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Data do Acidente: 11/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170662847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Nº Sinistro: 3170662847
Vitima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Data do Acidente: 11/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170662847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Nº Sinistro: 3170662847
Vitima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Data do Acidente: 11/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170662847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Carta nº: 12540108

A/C: JOSUE JOSE DA PAIXAO

Nº Sinistro: 3170662847
Vítima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Data do Acidente: 11/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSUE JOSE DA PAIXAO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003101-1

Conta: 00000511430-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

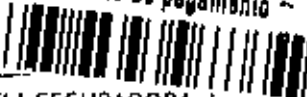




Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Autorização de pagamento ~



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSUE JOSÉ DA PAIXÃOPORTADOR(A) DO RG Nº 1585947 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 12/05/195 ECPF 693577143-91 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 939,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 3101-1 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 511.430-6

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL De仁entes (PE) DATA 28/11/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Josué José da Paixão

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

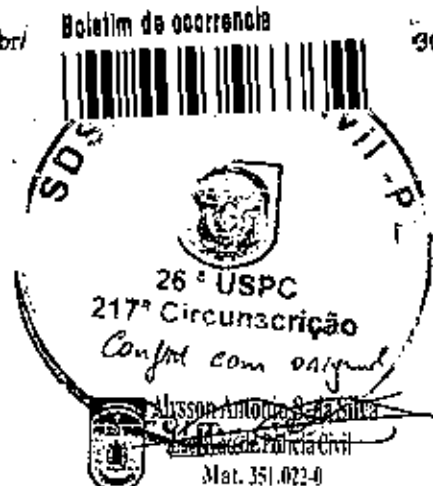


6180-7000

SEANBUREN LINDER DEWITT P44 05-02-2017 10:34 356302 1/1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 217ª CIRCUNSCRIÇÃO - DORMENTES - P217CIRC
DINTER2/26ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 16E0307000307

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/11/2016 às 12:31

***** C O N F I D E N C I A L *****
*** USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU**
INQUERITO POLICIAL*

Complementa o BO Número: 16E0307000299

Ocorrência

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado)

Data: 11/9/2016 Hora: Madrugada

Motivação: DESCONHECIDO

Endereço do Fato: RODOVIA ESTADUAL PE 636, PRÓXIMO A 1ª PONTE SENTIDO A LAGOAS DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE DORMENTES, 1, ZONA RURAL PRIMEIRA ETAPA, DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL, PRÓXIMO A 1ª PONTE SENTIDO A LAGOAS

Local do fato: RODOVIA ESTADUAL

Envolvidos:

PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE)
JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO (OUTRO)
EUGÊNIO REIS DE ASSIS (OUTRO)
JUSSIMARA CAVALCANTI DE MACEDO REIS (VÍTIMA)

Objetos:

VEÍCULO: VEÍCULO AUTOMOTOR - PLACA KIL 3121 (Usado na geração da ocorrência)
EUGÊNIO REIS DE ASSIS - Utilizado por: EUGÊNIO REIS DE ASSIS

- Proprietário:

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)

Data: 11/9/2016 Hora: Madrugada

Motivação: DESCONHECIDO

Endereço do Fato: RODOVIA ESTADUAL PE 636 DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE DORMENTES, 1, ZONA RURAL PRIMEIRA ETAPA, DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - PERNAMBUCO
05-10-2017 18:34 356303 1/1

Local do fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Envolvidos:

PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
JUSSIMARA CAVALCANTI DE MACEDO REIS (OUTRO)
EUGÊNIO REIS DE ASSIS (VÍTIMA)
JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO (VÍTIMA)

Objetos:

VEÍCULO: VEÍCULO AUTOMOTOR - PLACA KL 9121 (Usado na geração da ocorrência)
EUGÊNIO REIS DE ASSIS

- Proprietário:

- Utilizado por: **EUGÊNIO REIS DE ASSIS**

Envolvidos

JUSSIMARA CAVALCANTI DE MACEDO REIS (não presente ao plantão) NIC: 065679; Sexo: **FEMININO**;
Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **MARIA MAZARELO CAVALCANTI DE MACEDO**; Pai: **JOSÉ COELHO DE MACEDO**; Nascimento: **2/6/1983**;
Naturalidade: **DORMENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **6764562/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO**;
Profissão: **ADMINISTRADOR(A)**

Características Físicas:

Altura aparente: **0**; Peso aparente: **0**; Aparência: **MAGRO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem facial: **DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **RUA JACOB VIEIRA DE CARVALHO DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL**

EUGÊNIO REIS DE ASSIS (presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**;
Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **MARIA REIS FILHA**; Pai: **RAIMUNDO DE ASSIS REIS**; Nascimento: **21/1/1983**; Naturalidade: **DORMENTES / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO**; Profissão: **ADMINISTRADOR(A)**

Características Físicas:

Altura aparente: **0**; Peso aparente: **0**; Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem facial: **DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **RUA JACOB VIEIRA DE CARVALHO DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL**

JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **ODORICA MARIA DA PAIXÃO**; Pai: **JOSÉ ANTONIO DA PAIXÃO**; Nascimento: **26/9/1976**; Naturalidade: **PAULISTANA / PIAUI / BRASIL** Documentos: **1685947/SSP/PI (RG)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)**; Escolaridade: **DESCONHECIDO**; Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Características Físicas:

Altura aparente: **0**; Peso aparente: **0**; Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem facial: **DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **ALTO DO JANGÔ DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL**

SEMPRODOR LITER PLAN PV 06-02-2017 16:34 356304 1/1

PREJUDICADO (não presente ao plantão) Sexo: **DESCONHECIDO**; Orientação Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**;
Identidade Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**;
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NAO INFORMADO**;
E escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:

Altura aparente: **0**; Peso aparente: **0**; Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos
olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem
facial: **DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**

Objetos

VEÍCULO AUTOMOTOR - PLACA KJL 3121 (VEÍCULO)

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI / FIAT / FIAT PALIO** - Objeto apreendido: **Não**
Número de Série: **NÃO INFORMADO** Cor: **NAO INFORMADO** Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO**
INFORMADA) Valor Unitário: **0,00 (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJL3121 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)** Renavam: **910545758** Chassi: **98D17164G72919668**
Ano Fabricação/Modelo: **2007 / 2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento

QUE NO DIA 11/09/2016, POR VOLTA DAS 03 H DA MADRUGADA O NACIONAL EUGENIO REIS DE ASSIS COM
DOIS PASSAGEIROS (JUSSIMARA CAVALCANTI DE MACEDO E JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO) TRANSTINA NO
VEÍCULO PLACA KJL3121, ITINERÁRIO ZONA RURAL A SEDE DO MUNICÍPIO PELA A ROD PE 835, QUANDO
NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO TRAVESSÃO, DORMENTES PE, OBJETO MÓVEL (ANIMAL) PASSOU EM FRENTE
AO VEÍCULO FAZENDO COM O MOTORISTA DO VEÍCULO PERDESSE O CONTROLE E CAPOTASSE O VEÍCULO,
QUE DIANTE OS FATOS LEVOU A OBITO NO LOCAL DO ACIDENTE A NACIONAL JUSSIMARA CAVALCANTI DE
MACEDO, ENQUANTO, QUE O MOTORISTA DO VEÍCULO EUGENIO REIS DE ASSIS E O OUTRO PASSAGEIRO
JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO FICARAM COM LESÕES DO CORPO; QUE AMBOS FORAM ENCAMINHADOS PARA O
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ, DORMENTES PE. (SIC)

Condutor da ocorrência:

Nome: **REGINALDO DE A COELHO DE MACEDO**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **283452** - Prefixo da viatura: -

Unidade Operacional: **5. BATALHAO DE POLICIA MILITAR**

B.O. registrado pelo policial: **ALYSSON ANTONIO SOARES DA SILVA** - Matrícula: **351022-0**

Alysson Antonio S. da Silva
Escritório de Polícia Civil
Mat. 351.022-0

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - PM
05-12-2017 16:34 356305 1/1



Certidão de casamento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE DORMENTES/PE

Certidão de Casamento

NOME:

JOSUÉ JOSE DA PAIXÃO
MARIA REGINA COELHO BARBOZA

MATRÍCULA:

130492 01 55 2002 2 00004 124 0001613 35

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

JOSUÉ JOSE DA PAIXÃO, nacionalidade
BRASILEIRA, nascido em PAULISTANA - PI a 26
de setembro de 1975, filho de JOSE ANTONIO
DA PAIXÃO e ODORICA MARIA DA PAIXÃOMARIA REGINA COELHO BARBOZA,
nacionalidade brasileira, nascida em DORMENTES
- PE a 21 de novembro de 1981, filha de
RAIMUNDO TORRES BARBOZA e MARIA JOSE
COELHO BARBOZA

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

Cinco de agosto de dois mil e dois.

DIA

05

MÊS

08

ANO

2002

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

COM O MESMO NOME e MARIA REGINA COELHO BARBOZA DA PAIXÃO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro B-4, às folhas 124f sob o nº 1613. Data do registro: 5 de agosto de 2002. Não
constam averbações à margem do termo.

Nome do Oficial

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE
DORMENTES/PE

Oficial Registrador

MARINALDA CAVALCANTI DE MACEDO

Município/UF

Dormentes

Endereço

Rua José Clementino Rodrigues Coelho

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Dormentes, 23 de agosto de 2016.

Oficial do registro Civil

Selo: 0130492.TTT08201604.00007

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

ARAPENBRASIL AA 000570905 BRP

Centro de Saúde Nossa Senhora da Paz
Dormentes - PE

Prontuário: 45709/2016
Data: 25/09/2016
Hora: 03:18h

Prontuário de A-Z

Nome: Jose Jose da Paiva

Sexo: M Idade: 40a

Naturalidade: Paulistana - SP

Endereço: R. Rodovia PE 630

Nº Bairro:

Procedência: local do acidente

Mãe: Odete Maria da Paiva

Pessoa de quem depende:

Trazido por:

Endereço:

CNS: 708 909 733 613012

Local do acidente:

Comprovação de ato declaratório



DN: 26/09/1975

Parentesco: esposa

Fone: 8796646893

NATUREZA DO ACIDENTE

- ☐ Casual ☐ Acid. do trânsito ☐ Agressão ☐ Outras causas
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Tentativa de suicídio

Atendimento

- ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

Histórico da doença atual

Paciente vítima de acidente automobilístico por colisão com outro veículo (sic), há cerca de 30 minutos. Refere dor moderada em coxa (D).

EXAME - FÍSICO

PA: Sat.O2: Pulso: Temp: HGT: Peso:
(A) não apresenta perdas, falando normalmente. AR e AOV = sem alterações
(B) hidratado em ambiente. SatO2 98%
(C) sem sangramento ativo externo, FC = 88 bpm. PA = 100 x 80 mmHg.
(D) hálito ofício, algo deorientado, porém consciente. Glosa 13.
(E) dor e edema em coxa (D), com ruídos de fratura. Lesões extensas em face e pés, bras corticoides em coxa.
Diagnóstico Provisório: politraumatizado e abeludado = 3 em.

RECEPCIONISTA

MÉDICO

Dr. Paulo Vinícius A. Albuquerque
CRM-PE 24154

Diclopraco 5 amp, IM, agudo

SRL 500 mg, IM agudo

Rx cervical (perfil), torax (AP), coxa (D) (AP/PA/R)

lacia (AP)

Colocar paciente na Central de Regulação para
avaliação, especializado / intervenções cirúrgicas
no momento, estar pronto para a dor.

Autorizada transferência - só para HU.
Deu Bando o paciente pelo risco.
Noja-se a partir de 8h.

CONDIÇÕES DE ALTA

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

Óbito em: ____/____/____
Hora: _____

☐ + 48 Horas

☐ - 48 Horas

MOTIVOS DA ALTA

☐ Decisão Médica

☐ Alta pedida

☐ Transferência

☐ Indisciplina

Transferência:

Observações:

Data: ____/____/____

MÉDICO CREMESP
CARIMBÓ

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUE JOSE DA PAIXAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03101-1

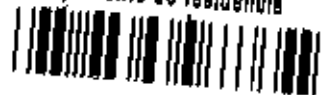
CONTA: 000000511430-6

Nr. Autenticação

BRDESCO1603201805000000000023703101000000511430236250 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Josue José da PaixãoRG nº 1585847, data de expedição 12/05/95 Órgão SSP/PI

CPF nº 693577.143-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rodovia PE630
Número	480
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Ude Damasceno
Cidade	Dormentes
Estado	PE
CEP	56355-000
Telefone de Contato	(87) 999202963
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Dormentes(PE), 28/11/2017Assinatura do Declarante Josue José da Paixão

SERPRO/PI LIXEIRA PI- 06-02-2017 10:33 356296 1/1

Regina de Noze

V. Rapente

UCT DE JUAZERO

Documentação médica - hospitalar



REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO - R.T.

Nome : JOSUÉ JOSÉ DA PAIXÃO

Data do nascimento : 26/09/1975

Hospital : SOTE

Nº de Registro Profissional: 269.833

Enfermaria / Quarto / Apto. : 5

Leito: 2

Categoria : SIH-SUS Nº AIH

SOLICITAÇÃO - HOSPITAL

HOSPITAL - INFORMAÇÕES

Diagnóstico / Indicação :

FRATURA DE FEMUR

URGENTE: ☐ SIM ☐ NÃO

Hematócrito : 23,5 %

Data : 13/09/2016 Hora : 19:15:

LUIZ

Ass. Médico - carimbo / CRM

RECEPTOR

Grupo ABO : AB Rh (D) : Positivo

COOMBS DIRETO : MONO

P.A.L. : Negativo

FOLE

Ident. de Anticorpos :

Data : 13/09/2016 19:12:54

Técnico Responsável

LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº DOAÇÃO	Nº DO SUS	Hemocom- ponente	ABO	Rh(D)	P.A.L.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume
						TA	AGH		
2129160815018		CH	AB	P	N	Compatível	Compatível	Negativo	221
2129160824007		CH	AB	P	N	Compatível	Compatível	Negativo	205
2129160815013		CHFI	AB	P	N	Compatível	Compatível	Negativo	302
2129160212016		PFC	AB	P	N	Não realizado	Não realizado	Não realizado	203
2129160422004		PFC	AB	P	N	Não realizado	Não realizado	Não realizado	215

RECEBIMENTO

Responsável : _____

Assinatura : _____ Data : ____/____/____

TRANSFUSÃO

Responsável : _____

Assinatura : _____ Hora : ____:____:____ Data : ____/____/____

Reação Transfusional: ☐ SIM ☐ NÃO Se positivo preencher ficha de reação transfusional e encaminhar ao HEMOCENTRO CENTRALIZADO

Observações : _____

SISTEMA LINES RPT 14-05-2014 18:31 358272 0/1

.. ၆၃၆၃၇၁၈၆၃၇



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

RF: 001/13 6-2
REVISED 10.08

HEMOBA

PÁGINA RESERVADA AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: PACIENTE

Grupo sanguíneo: **AB** Fator Rh: **Positivo** D Eixo: **Negativo** FAL: **Negativo** Anticópsia: **Negativo** Contorno Glóbulos: **Negativo** Paratuberculose: **Negativo**

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: HEMOCOMPONENTES (E) E PROVA DE COMPATIBILIDADE

Nº do lote	Sigla do produto	Validade	ABO/Rh	Prova de compatibilidade	Data e nome do técnico responsável ou enfermeiro
2129160815018	CH	19/09/16	AB +	☒ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	13/09/16 R
2129160815013	CH FI	26/09/16	A + B +	☒ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	13/09/16 D
2129160824007	CH	28/09/16	A + B +	☒ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	13/09/16 D
2129160422004	PF	22/04/17	AB +	☒ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	13/09/16 D
2129160212016	PF	11/02/17	A + B +	☒ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	13/09/16 D
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	

Número total de provas de compatibilidades realizadas (incluindo as incompatíveis):

Nome do gestor
(assinatura)Grupo sanguíneo: **AB** Fator Rh: **Positivo** D Eixo: **Negativo** FAL: **Negativo** Anticópsia: **Negativo** Contorno Glóbulos: **Negativo** Paratuberculose: **Negativo**Outros
comentários:

* 22/04/17

Nome do técnico responsável pela expedição (assinatura): *[Assinatura]* Data: 13/09/16 Hora: 19h15

Nome do técnico responsável pelo transporte (assinatura): *[Assinatura]*

UNIDADES DA FUNDAÇÃO HEMOBA FORNECEDORAS DE HEMOCOMPONENTES

HEMOBA HEMOCENTRO EXTENSIVO SUL - BOMFIM (71) 3301-3300	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA HEMOCENTRO EXTENSIVO NOROCCIDENTAL (71) 3301-3300	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT ALACONIA (71) 3303-0800	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710
HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT BOMFIM (71) 3401-7804	HEMOBA UCT PALMÁRIO AFOBO (71) 3303-0710

HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS

Produto	Qtd pendente	Data atual	Observação



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

00281/13 (p.1)
Revista: 13.02

HEMOBA

Hospital	SOTE			13/09/16		15.14
Paciente (legível)	JOSUE JOSE DA SILVA			a) Convênio associado:		0 SUS
Unidade / Enfermaria	5	2	Procedido	269833		Código 708409753613012
Tipo de usuário	Urbano			Nome		Leonisio
CEP	56.355-00	Estado de origem	PE	Município de origem	Domestica	879920-2963
Residência	26.09.75	M	22.30	7.50	96.000	PE 90
Diagnóstico	Fratura de fêmur			Indicação		Quimica
Antecedentes transfusionais?	Sim		Antecedentes cirúrgicos?	Sim		Sim
Razão		Razão		Razão		Razão

Fenotipagem			
Processo de modificação e ser realizado no hemocomponente			
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
☐ PLASMA FRESCO	☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS	☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
☐ CROPORECIPITADO	☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação

Modelo de transfusão:	☐ Programada	☐ Rotina (em até 24h)	☐ Urgência (em até 2h)	☐ Emergência (relatório de transfusão assinado pelo médico)
Observações:				
Produto	Produto	Produto	Produto	
Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	
Nome do médico solicitante (legível) - CREMESP	Maurício Ferreira			Responsável pela coleta (assinatura legível)
OU	Maurício Ferreira			Maria
carimbo (legível) - assinatura	17/PE 17.789			

INSTRUÇÕES AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1. Encaminhar ao serviço de transfusão uma via desta solicitação, acompanhada de dois tubos de coleta rotulados com amostras de sangue do paciente: um com antecôagulante (parafuso tampado) e outro sem antecôagulante (tampo de cor vermelha, tampo ou não ter gel separador);
 2. O nome do paciente deve estar completo (nome e sobrenome) e em letra de forma;
 3. Para pacientes indígenas, informe aqui o código da etnia;
 4. O responsável pela coleta de sangue deve assinar no campo indicado;
 5. Em caso de reação transfusional imediata, deve-se interromper a transfusão e comunicar o serviço imediatamente ao médico assistente e ao serviço de hemoterapia que fornecerá o hemocomponente, bem como seguir demais medidas preconizadas em legislação. Complicações tardias também devem ser avaliadas e acompanhadas.
- CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE, UMA REQUISIÇÃO INCOMPLETA, ILÍCITA OU RASURADA NÃO SERÁ ACETA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGENCIA

Autorizo ao serviço de transfusão a disponibilização de hemocomponentes para transfusão de emergência, sob a responsabilidade do médico assistente, em caso de emergência, antes de conclusão do exame pré-transfusional, por ser o único meio de salvar a vida do paciente. Condições de utilização, devem obedecer o risco de tal procedimento e o consentimento do paciente.

Nome do médico solicitante (legível) - CREMESP - assinatura

OU

carimbo (legível) - assinatura

Nota: O uso do hemocomponente não implica a interrupção dos testes pré-transfusionais, que devem continuar a ser realizados.

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Hospital				13/09/16		16.07
Paciente (legível)				Unidade / Enfermaria		
Produto	17 unidades de volume (ml)			Processo de modificação e ser realizado no hemocomponente		
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS				☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
☐ PLASMA FRESCO				☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS				☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
☐ CROPORECIPITADO				☐ alografagem	☐ filtração	☐ irradiação
Responsável pelo recebimento	M. F. F. F. F.			13/09/16		16.07

120005936 Josué José da Paixão 5-2
 H.G.....
 CPF.....
 Dr(a)..... Enfermeiro(a)
 Data da Coleta..... 13/09/2016
 Destino..... SUS SOTE
 Convênio..... SUS SOTE

Hemograma Completo

Material Biológico: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias..... **2,45** milh./mm³
 Hemoglobina..... **7,50** g/dl
 Hematócrito..... **22,30** %
 V.C.M..... 91,02 u3
 H.C.M..... 33,61 pg
 C.H.C.M..... 33,63 %
 RDW..... 13,30 %
 Observações.....

Normocitose com Normocromia

SÉRIE BRANCA

Leucócitos..... 4.500
 Basófilos..... 0
 Eosinófilos..... 2
 Miélobcitos..... 0
 Metamiélobcitos..... 0
 Bastões..... 0
 Segmentados..... 60
 Linfócitos Típicos..... 26
 Monócitos..... 4

PLAQUETAS

Plaquetas.....
 Observações.....

Leucócitos Morfológicamente Normais

Método: Automação
 Valores Referenciais

Homens	Mulheres
4,50 a 6,10	4,20 a 5,40
12,80 a 17,80	11,30 a 16,30
40 a 50	35 a 49
82 a 93	80 a 98
27 a 32	27 a 31
32 a 36	32 a 36
10 a 15	10 a 15

%	/mm ³
	5.000 a 12.000
0 a 1	0 a 120
0 a 5	50 a 600
0	0
0 a 1	0 a 120
0 a 5	0 a 720
54 a 62	2.700 a 7.440
20 a 35	1.000 a 4.200
1 a 9	50 a 960

96 mil/mm³

150 a 450 mil/mm³

SEBASTIÃO LUIZ DRENI PA 05-162-2017 08:32 356274 1/1

Valeska O. Oliveira

Dra. Valeska Oliuza Oliveira
 Bioquímica
 CRF 2837

TERMO DE ESCLARECIMENTO E DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

Eu, JOSUE JOSE DA PAIXAO

RG : 1585947

CPF: 69357714391

após completa consulta médica e realização de exames necessários a investigação e conclusão diagnóstica, sendo das alternativas de tratamento propostas, devidamente esclarecido(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico, com o qual concordo a ser submetido. Para tanto, autorizo o

Dr. : ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO , CRM - 14.424-BA

e demais profissionais de sua equipe, a realizar o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatório necessárias ao meu restabelecimento e as respeitando.

Apesar de referido procedimento cirúrgico ser seguro, fui devidamente informado(a) de que independentemente de todos os cuidados, experiência e da melhor técnica utilizada, uma cirurgia sempre envolve riscos por não se tratar de uma ciência exata. Isto significa que nenhuma garantia quanto ao resultado da prática poderá ser fornecida, assim como poderão ocorrer complicações.

Declaro ainda que fui esclarecido(a) de que inexistem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, pele, músculos e demais regiões do corpo em cada paciente, após a cirurgia. Diante disso fui orientado(a) de que fumo, álcool ou açúcar podem prejudicar a cicatrização como também a minha não colaboração no pós operatório, limitando o sucesso da cirurgia.

Entendo que, no curso do ato cirúrgico intercorrências poderão se suceder, necessitando de providências imediatas a crédito do médico. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, bem como a remoção de urgência e terapia intensiva em demais instituições.

Declaro também estar ciente que não deverei retirar por conta própria curativos, imobilizações gessadas, aparelhos ortopédicos, pinos, fixadores, nem utilizar o membro operado (braço ou perna) carregando peso ou pisando, até receber ordem médica em contrário. Concordo também em retornar a clínica (ou consultório) quantas vezes forem necessárias para controle e obtenção de novas informações.

Assim sendo, aceito e autorizo a cirurgia e o tratamento proposto conforme o presente termo, sobre livre e espontânea vontade.

Juazeiro, 12 de setembro de 2016

Paciente : 259.833 JOSUE JOSE DA PAIXAO

Responsável : DEUSDEDIT JOSE DA PAIXAO

Testemunhas : _____ e _____

Dr.

Roberto Bastos de Alencar Filho

CRM 14.424

Deusdedit Jose da Paixao

Ass. Paciente ou Responsável

~~Set~~

04.252.756/0001-89 2260

Av. Dr. Fernando de Menezes Góes, nº 226, Sala 204 - Empresarial Safira
Centro - CEP: 56.304-020 - Petrolina-PE
Tel.: (87) 3861-4175 - E-mail: spsintese@hotmail.com

AIH: 259.803

DA CIRURGIA: 9/09-16

CIRURGIÃO: DR. Gervasio

PRONTUARIO Nº 259.833

CONVENIO: Isabel

CPF:

CRM:

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

DESCRIÇÃO	R.O.P.M.	%	VALOR	NÃO PREENCHER
1 PLACA 95° CON 10 Furos				
1 PINO DESLIZANTE N° 50				
1 PARAFUSO CORTICAL N° 42				EX: Richer
1 " " " N° 48				
2 " " " N° 40				
CODIGO 0702030821				

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

[illegible]

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

P/ PAGTº.: _____ MD: _____ TOTAL: _____

PREENCHIMENTO DO PROTOUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

NÃO PRENCHER



SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: Joane Joze Da Paixão

NÚMERO DE REGISTRO: 7852

CATEGORIA: SESAB (INICIAL)

REGIÃO: Quadril (D)

LAUDO: Fract T1 do fêmur

DATA 12.09.2016

Dr. Roberto Alencar
CRM 3.510

MÉDICO - CRM

959893

4-3



SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: Joane Joze da Paixão

NÚMERO DE REGISTRO: 7886

CATEGORIA: Sesab - Inicial

REGIÃO: Quadril D (art)

LAUDO: fx com fratura

DATA 14.09.16

Dr. Roberto Alencar
CRM 3.510

MÉDICO - CRM

[illegible]

[illegible]



SOTE
SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADO LTDA

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

NOME:

CLINICA EN

REFERENCES

APARTAMENTO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO SECUNDARIO

REGISTRY	DATA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

DATA

HORÁRIO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

ASSINATURA

24-1

Da niente sei più che un
 grande partito. Ma il partito
 per cui hai lavorato non è

30428 N3022 00021
11/10/68
7600
11/10/68



SERVIÇO DE
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA
SOTE ESPECIALIZADA

PORTÁRIO

NOME:

CLÍNICA

E.C.

ENFERMEIRA

4

APARTAMENTO

João José da Paixão

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

DATA

REGISTRO

IDADE

40A 259.533

LEITO

3

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

13/09/16

ASSINATURA

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente segue em repouso no leito em posição prona de 2 em 2. Segue com o mesmo quadro clínico, apresentando dispnéia, hipotensão, edema de membros inferiores, indigestão a partir da ingestão de alimentos. Segue sob cuidados.

20:00

20:55

HEMOBA CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

PRODUTO: CHPL () CHPL () CHPL () CHPL () CHPL ()

DESTINO: SOTE

NOME: João José da Paixão

REGISTRO: 99833 - ENFERM. OU LEITO: 5-2 - ABORN: AB+

Nº: 2/29160824007 VOLUME: 205 ml

ABORN: AB+ VALIDADE: 28/08/16 COMPATIBIL: PT-SIM () NÃO

DATA DO TESTE: 13/09/16 VALOR DO TESTE:

528.44193840. RESPOSTA: Deceba

DATA DE ENVIO/INSTALAÇÃO: / / HORA: RESPONSÁVEL:

HORA

P.A.

PULSO

TEMP.

INSULIM

DIÁREIA

DIAGNÓSTICO

S.N.G.

DIA DRENO

VÔMITO

HGT

BAL. HÍDRICO

SOTE SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EMBUENHADA		EVOLUÇÃO ENFERMAGEM					EVOLUÇÃO ENFERMAGEM		EVOLUÇÃO ENFERMAGEM		EVOLUÇÃO ENFERMAGEM	
NOME: José da Gaxa		CLÍNICA: E.C.	ENFERMEIRA: S.	APARTAMENTO:	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:	IPADE: 10a 13983	REGISTRO: 2	DATA: 13/09/16	ASSINATURA		
06:00	Paciente regular em pré-operatório fêmur D.											
07:30	Rx inicial anexo ao prontuário colar, comente o orientado verbalizado, com pedras, resfriados, enfiteco, acicmatice, abrial, ativeo apresentando encicapses e zutans em crânio fêmur simétrico, alidade imobilizada por placas artroseidade perfuradas, res gientes, diálise											
08:00	A seguir colar em evidências de enfimagem. Sinalo colado encasos laborat eicase - resultando dos exames anexo em prontuário. Pa ordem de DRº Adalberto vai fazer sangue + plasma C.E. néoica											
15:00	Sendo colado sangue p/ banco de sangue e hemobac.											
	encasinhado p/ banco hemobac											
	segue em observação e em dados da enfermagem.											
HORA	P.A.	PULSO	TEMP.	INGESTÃO	DIURESE	EVACUAÇÃO	S.N.G.	DIA DRENO	VÔMITO	HGT	BAL. HÍDRICO	
08:00	138/80	80	36.5									
10:30	120/80	88	36.9C									
SINOPSE: 13/09/16 - 13/09/16												

**sote**

SERVICIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.

Av. Paulo Afonso, 61 - Alto da Maravilha
- Tel.: (74) 3611-3403 / Fax: (74) 3611-4023

**PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO**

Nome do Paciente

Nome do Paciente Jose da Paixão

Nº do Registro

✓
Data de Admissão

EnfApt[®]

No. 10

DIA 14, 09, 16

DIA/DSC/AC

DIA 1109 11

14

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
Aspirina			
10. Paracetamol	1200	BU	200
11. Aspirina	700mg	BU	200
12. Paracetamol	700mg	BU	200
13. Aspirina	700mg	BU	200
14. Paracetamol	700mg	BU	200
15. Aspirina	700mg	BU	200
16. Paracetamol	700mg	BU	200
17. Aspirina	700mg	BU	200
18. Paracetamol	700mg	BU	200
19. Aspirina	700mg	BU	200
20. Paracetamol	700mg	BU	200
21. Aspirina	700mg	BU	200
22. Paracetamol	700mg	BU	200
23. Aspirina	700mg	BU	200
24. Paracetamol	700mg	BU	200
25. Aspirina	700mg	BU	200
26. Paracetamol	700mg	BU	200
27. Aspirina	700mg	BU	200
28. Paracetamol	700mg	BU	200
29. Aspirina	700mg	BU	200
30. Paracetamol	700mg	BU	200
31. Aspirina	700mg	BU	200
32. Paracetamol	700mg	BU	200
33. Aspirina	700mg	BU	200
34. Paracetamol	700mg	BU	200
35. Aspirina	700mg	BU	200
36. Paracetamol	700mg	BU	200
37. Aspirina	700mg	BU	200
38. Paracetamol	700mg	BU	200
39. Aspirina	700mg	BU	200
40. Paracetamol	700mg	BU	200
41. Aspirina	700mg	BU	200
42. Paracetamol	700mg	BU	200
43. Aspirina	700mg	BU	200
44. Paracetamol	700mg	BU	200
45. Aspirina	700mg	BU	200
46. Paracetamol	700mg	BU	200
47. Aspirina	700mg	BU	200
48. Paracetamol	700mg	BU	200
49. Aspirina	700mg	BU	200
50. Paracetamol	700mg	BU	200
51. Aspirina	700mg	BU	200
52. Paracetamol	700mg	BU	200
53. Aspirina	700mg	BU	200
54. Paracetamol	700mg	BU	200
55. Aspirina	700mg	BU	200
56. Paracetamol	700mg	BU	200
57. Aspirina	700mg	BU	200
58. Paracetamol	700mg	BU	200
59. Aspirina	700mg	BU	200
60. Paracetamol	700mg	BU	200
61. Aspirina	700mg	BU	200
62. Paracetamol	700mg	BU	200
63. Aspirina	700mg	BU	200
64. Paracetamol	700mg	BU	200
65. Aspirina	700mg	BU	200
66. Paracetamol	700mg	BU	200
67. Aspirina	700mg	BU	200
68. Paracetamol	700mg	BU	200
69. Aspirina	700mg	BU	200
70. Paracetamol	700mg	BU	200
71. Aspirina	700mg	BU	200
72. Paracetamol	700mg	BU	200
73. Aspirina	700mg	BU	200
74. Paracetamol	700mg	BU	200
75. Aspirina	700mg	BU	200
76. Paracetamol	700mg	BU	200
77. Aspirina	700mg	BU	200
78. Paracetamol	700mg	BU	200
79. Aspirina	700mg	BU	200
80. Paracetamol	700mg	BU	200
81. Aspirina	700mg	BU	200
82. Paracetamol	700mg	BU	200
83. Aspirina	700mg	BU	200
84. Paracetamol	700mg	BU	200
85. Aspirina	700mg	BU	200
86. Paracetamol	700mg	BU	200
87. Aspirina	700mg	BU	200
88. Paracetamol	700mg	BU	200
89. Aspirina	700mg	BU	200
90. Paracetamol	700mg	BU	200
91. Aspirina	700mg	BU	200
92. Paracetamol	700mg	BU	200
93. Aspirina	700mg	BU	200
94. Paracetamol	700mg	BU	200
95. Aspirina	700mg	BU	200
96. Paracetamol	700mg	BU	200
97. Aspirina	700mg	BU	200
98. Paracetamol	700mg	BU	200
99. Aspirina	700mg	BU	200
100. Paracetamol	700mg	BU	200

OUTROS CUIDADOS

Dr. Edward A. Carter

SECRET 1165 10307 14 85467 284 4007 756237 44

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA.	EVOLUÇÃO MÉDICA	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
		16-05	Apresenta-se bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dispnéia, sem alterações no exame físico. Prescrever: Amoxicilina 500mg/8h por 7 dias. Revisar em 7 dias.
15-05	Apresenta-se bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dispnéia, sem alterações no exame físico. Prescrever: Amoxicilina 500mg/8h por 7 dias. Revisar em 7 dias.		Apresenta-se bem, sem febre, sem tosse, sem dor no peito, sem dispnéia, sem alterações no exame físico. Prescrever: Amoxicilina 500mg/8h por 7 dias. Revisar em 7 dias.

[illegible]

**SOTE**SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA**HOSPITAL SOTE**

EMITENTE:

REGISTRO

PACIENTE

UNIDADE

DATA

HORA

CONVÊNIO

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
28	ADALAT	
78	ADRENALINA	
135	ÁGUA DEST. 10ML	
158	ÁGUA OXIGENADA	
22259	ÁLCOOL IODADO	
293	AMINOFILINA	300
385	AMPLACILINA 1G	
480	ATROPINA 0,25MG	
78	AG. DESC. 30X8	
21011	AG. DESC. 40X12	
21018	AG. 13X3,5	
21000	AG RAQUE DESC. Nº27	
22119	ALGODÃO ORTOPÉD	
22046	ALGODÃO HIDROFIL	
22178	ÁLCOOL 70%	
21002	APARELHO BARBEAR	
22437	ATAD. CREPE 10CM	
22453	ATAD. CREPE 15CM	
22481	ATAD. CREPE 20CM	
22593	ATAD. GESSADA 10	
18	ATAD. GESSADA 15	
22823	ATAD. GESSADA 20	
479	BIC. DE SÓDIO	
486	BUÇOPAN	
88	BOLA DE ALGODÃO	
24183	BORRACHA ASPIR.	
6115	CEDILANIDE	
681	CL. DE SÓDIO	
670	CL. DE POTÁSSIO	
650	CLORANFENICOL 1G	
299	CAL. SODADA	
23077	CATETER 02 ÓCULOS	
21252	CERA ÓSSEA	
21080	GOLETOR SIS. FECH	
22932	COMPR. GAZES	
21089	COMPR. CIRURGICA	
24021	CATETER SUBCLOVI	
23355	CROMADO 0 SA	
80149	CROMADO 2 OSA	
23375	CROMADO 0 CA	
23378	CROMADO 1 CIA	
23378	CROMADO 2,0 CA	
23368	CROMADO 3,0 CA	
1027	DEXAMETAZONA	
1190	DIPIRONA 1G	
542	DIÓXIDO 2MG	
1304	DORMONO 15MG	
59	DRENO SUÇÃO Nº3-2	
22739	DRENO PENROSE	
61	DRENO SUÇÃO -5,4	
50	DRENO SUÇÃO -4,8	
1394	EFORTIL	
687	ÉTER SULFÚRICO	
29	ETRANE	

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
23403	ETHIBOND 5	
55	EQ. INJ. MACR. P/SORO	
21078	EQ. ARTROSC. 3 VIAS	
22926	ESPARAD. 4,5X10P/CM	
22879	ESPARADANTIAL - MICROPOSE	
30124	ESCOVA MARCODINE	
80118	FIO KIRSCHNER Nº1,0	
80898	FIO KIRSCHNER Nº1,5	
43	FIO KIRSCHNER Nº2,0	
45	FIO STEINMAN Nº2,5	
46	FIO STEINMAN Nº3,5	
48	FIO STEINMAN Nº4,0	
1747	FENERGAN	
317	FENTANIL 10ML	
34	FORMOL 1ML	
21	FRAXPARINA	
4	FURACIN POM. 30G	
22925	FAIXA SMARCH	
2036	GARAMICINA 80MG	
2183	GLICOSE 25%	
2187	GLICOSE 50%	
2222	GLUC. DE CÁLCIO	
30122	GAZE FURACINADA	
15	GLUTARIL P.M.L.	
22006	GORRO DESCARTÁVEL	
2297	HALOTANO 100ML	
2335	HEPARINA	
23	JELCO Nº 20	
22007	JELCO 14	
25	JELCO16	
22008	JELCO18	
22013	JELCO24	
2710	KANAKION	
2727	KEFLIN	
2728	KETALAR	
2803	LASIX	
23000	LUVA EST. Nº7,5	
22015	LUVA ST. Nº8,0	
23018	LUVA PROCEDIMENTO	
20015	LÂMINA BISTURI Nº24	
22616	MULTIVA	
37	MARCAINA PES. 0,5	
718	MARCAINA ISOBARICA	
103	MARCAINA 0,5% SV	
30	MARCAINA 0,75% SV	
23052	MONOCRYL 4,0	
23340	MONONYLON 2,0	
23345	MONONYLON 3,0	
23428	MONONYLON 4,0	
23338	MONONYLON 5,0	
22020	MASC. DESCARTÁVEL	
3410	NARCAN	
22314	POVID. DEGERM.	
4144	PLASIL	

CÓD.	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.
4360	PROSTIGMINE	
3091	PROPÉS	
18	POLYCOT 0 SA	
17	POLYCOT 2,0 SA	
21189	PONTA SHAVER	
23514	POLYCOT 0 CA	
23516	POLYCOT 2,0 CA	
23518	PPOLYCOT 3 CA	
23433	PROLENE 0	
23521	PROLENE 3,0	
23523	PROLENE 4,0	
23530	PROLENE 6,0	
6137	QUELUCIN 100MG	
6133	RINGER LACTATO 500	
307	S. MANITOL 20% 250	
4820	SOLUCORTEF	
6123	S. FISIO. 0,9% 500	
3036	S. FISIO. 0,9% 1000	
23123	SERINGA 1CC	
23131	SERINGA 3CC	
23140	SERINGA 5CC	
23158	SERINGA 10CC	
23168	SERINGA 20CC	
22026	SONDA URETRAL Nº8	
21121	SONDA FOLLEY 2V Nº 14	
22035	SONDA FOLEY 3V Nº22	
22011	SCALP 19	
21065	SCALP Nº 21	
21066	SCALP Nº 23	
23361	SIMPLES 0 SA	
23368	SIMPLES 2,0 CA	
23382	SIMPLES 3,0 SA	
23382	SIMPLES 4,0 SA	
23386	SIMPLES 0 CA	
6127	SORO GLICOSE 0,5% 500	
195	TILATIL 20MG / 40	
22368	TINTURA BENJOM	
22	THIONEMBUTAL	
9	TRACRIUM 25MG	
1084	VALIUM 10MG	
647	XYLOCAINA GELEIA	
739	XYLOCAINA 2%SV 20	
6140	XYLOCAINA SPRAY 10	
22089	AT. ALGODÃO 10 CC	
22100	AT. ALGODÃO 15 CC	

CÓD.	SALA DE CIRURGIA	QUANT.	INÍCIO	TÉRMINO
	TAXA DE BISTURI ELÉTRICO	X		
	TAXA DE OXIGÊNIO	X		
	TAXA DE ASPIRADOR	X		
	TAXA DE FURADEIRA	X		
	TAXA CARDIOGRÁFICO	X		
	TAXA OXIMETRIA	X		



SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA

LAUDO CIRÚRGICO

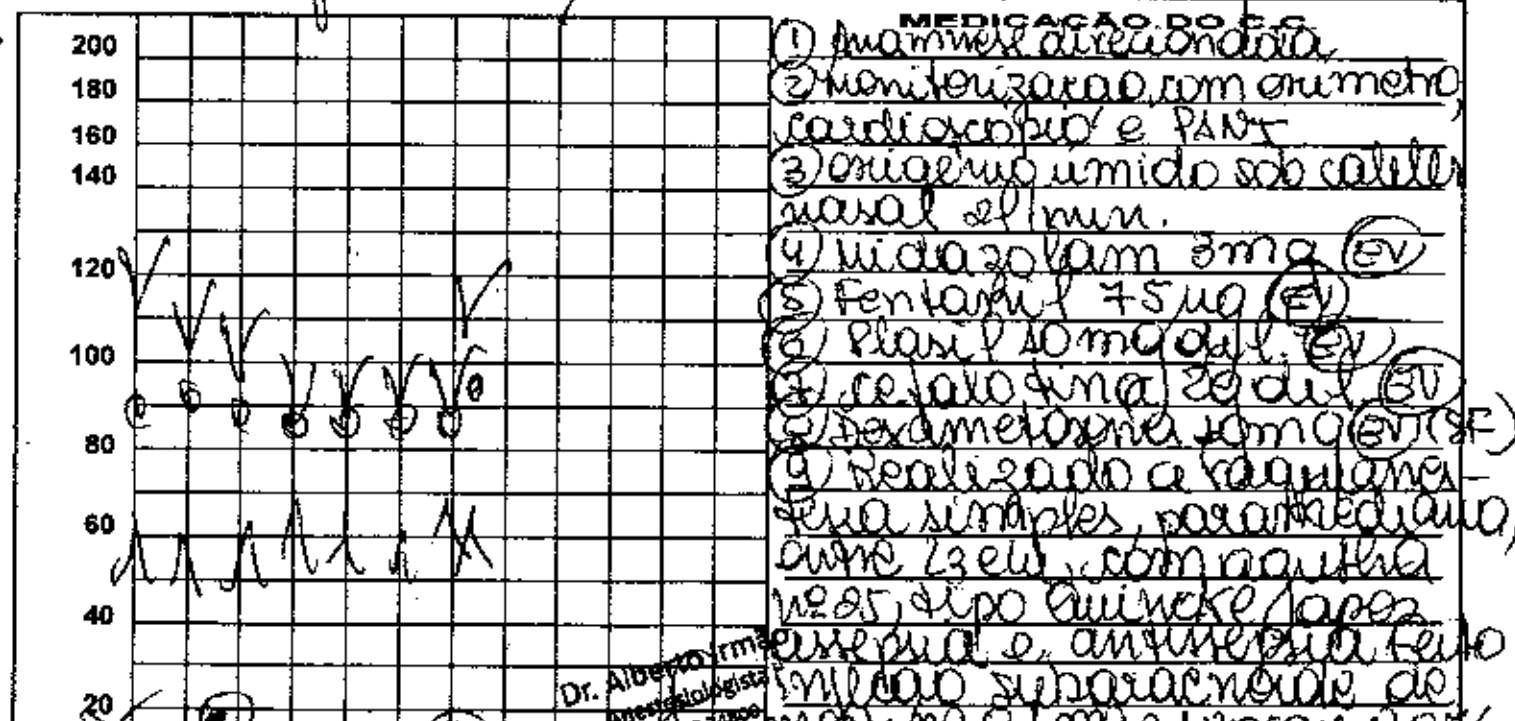
PACIENTE:	Jorge José da Paixão			REGISTRO:	259833
CIRURGIÃO:	Dr. Alberto	1º AUXILIAR:	Dr. [illegible]		
ANESTESISTA:	Dr. Alberto	2º AUXILIAR:			
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	13/09/10	INÍCIO:		TÉRMINO:	
DIAGNÓSTICO:	Fratura do fêmur	INTERVENÇÃO:	Pino Grau III		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① AStra fix
 - ② [illegible]
 - ③ [illegible]
 - ④ [illegible]
- Pino Grau III
Sutura [illegible]

[illegible]

LAUDO DE ANESTESIA		
ANESTESIA/INÍCIO:	13:30hs	TÉRMINO:
		DURAÇÃO:
TIPO DE ANESTESIA:	raquielectra	VOLUME:
		AGENTE:





SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Av. Paulo Afonso, 01- Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / fax: (74) 3613-8889

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: 259.833 - JOSUE JOSE DA PAIXAO

Nº GUIA: 830.158

CIRURGIÃO: DR. ERISVALDO GONCALVES RODRIGUES

ANESTESISTA: () DR. CARLOS ALENCAR () DR. EDUARDO BORGES (X) DR. ALBERTO IRMÃO

DATA DA CIRURGIA: 13/9/2016

INÍCIO: 13:30

TÉRMINO: 15:00

DURAÇÃO: 02:00

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE FEMUR

INTERVENÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR

MEMBRO: (X) DIREITO () ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA () FECHADA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) APOSIÇÃO DOS CAMPOS
- 4) ACESSO LATERAL EM PONTE COM 2 INCISÕES
- 5) PASSAGEM DE PLACA DHS RENTE AO FÊMUR, REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR, FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS E DESLIZANTE
- 6) IRRIGAÇÃO COM SL DE SF 0,9%
- 7) SUTURA POR PLANOS SOB DRENO COM NYLONS 2.0
- 8) CURATIVO
- 9)

Dr. Erisvaldo G. Rodrigues
PE 13.935
Ortopedia e Traumatologia

DR. ERISVALDO GONCALVES RODRIGUES
CRM 13.935-BA

FORMULÁRIO

PACIENTE: 123.456 - 102101 DE PAIXÃO
 CIRURGIÃO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA: DR. EDUARDO GONÇALVES RODRIGUES
 ANESTESISTA: DR. CARLOS ALBERTO ALMEIDA () DR. EDUARDO MORAES
 DATA DA CIRURGIA: 13/03/2018
 X () DR. ALBERTO ALMEIDA

INÍCIO: 13:30 TÉRMINO: 15:00 DURAÇÃO: 01:30

DIAGNÓSTICO

FRATURA DE FÊMUR

HISTÓRICO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR

TIPO DE FRATURA: ABERTA - FEMORAL
 ANESTESIA: X () GERAL () ESCALA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2) ACESSO LATERAL EM PONTE COM 2 INCISÕES
- 3) PASSAGEM DE PLACA DHS RENTE AO FÊMUR, REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR, FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTEIS E DESTANTE
- 4) ACESSO LATERAL EM PONTE COM 2 INCISÕES
- 5) APOSENTO DOS CAMPOS
- 6) APOSENTO + ANESTESIA
- 7) SUTURA POR PUNTOZ SOB DRENO COM NYLON 2.0
- 8) IRRIGAÇÃO COM 2L DE SF 0.9%
- 9) CURATIVO

CRM 13.932-8A
 DR. EDUARDO GONÇALVES RODRIGUES

FOLHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 259.833 - JOSUE JOSE DA PAIXAO
DT Nasc : 26/09/1975 Idade : 40a 11m 16d Sexo : M Profissão : PEDREIRO
Est Civil : CASADO RG : 1585947
Pai : JOSE ANTONIO DA PAIXAO
Mãe : ODORICA MARIA DA PAIXAO
Endereço : TRAVESSA AUGUSTO MANOEL RODRIGUES, LEONISIO DORMENTES-PE
Telefone : (87) 9920-2983 CEP : 56.355-000

INTERNAMENTO

Convênio : SESAB Usuário : MARILENE
Médico Responsável : ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO CRM : 14.424-BA
Pessoa Responsável : DEUSDEDIT JOSE DA PAIXAO RG : 1733005
Dependência : ENFSUS 5-2 ELETIVO Entrada : 12/09/2016 12:25:02
Dias Autorizados : 01 Alta :
Observação : ACIDENTE DE CARRO
Proc Principal : 03 CORRECAO CIRURGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS
Matrícula : 708909733613012 CNS : 708909733613012

Observação :

EXAMES CLÍNICOS

Achado do CARRO

Fratura do Peito

Peito Peito

Amarelo, Curto

Achado do Sinal

CNS 522

Ass. Residente : PA

Diagnóstico Provisório : Fratura do Peito

Diagnóstico Definitivo :

Alta Hospitalar em : ___/___/___

Ass. Médico Assistente

SISTEMA DE REGISTRO EM SAÚDE - R4 - 06-02-2017 18:33:56287 1/1

FICHA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PACIENTE

Paciente : 259.833 - JOSUE JOSE DA PAIXAO
Dt. Nascimento : 26/09/1975
Idade : 40a 11m 16d Sexo : M
Estado civil : CASADO
RG : 1585947-SSP - PI
Naturalidade : PAULISTANA - PI
Pai : JOSE ANTONIO DA PAIXAO
Mãe : ODORICA MARIA DA PAIXAO
Endereço : TRAVESSA AUGUSTO MANOEL RODRIGUES, 23 , LEONISIO , DORMENTES - PE
Telefone : (074) / 99202963

INTERNAMENTO

Convênio : SESAB
Médico Responsável : DR. ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO - 14.424-BA
Pessoa Responsável : DEUSDEDIT JOSE DA PAIXAO
RG : 1733005 SSP-PI
Observação : ACIDENTE DE CARRO
Entrada : 12/09/2016

Saída : 16, 09, 16 10:40

TERMO DE RESPONSABILIDADE

OBRIGO-ME PERANTE AO HOSPITAL SOTE - SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA COMO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE ACIMA MENCIONADO(A).

JUAZEIRO, 12/09/2016

Deusdedit Jose da Paixao
ASSINATURA

CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 177955887

Unidade Solicitante:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PETROLINA

Unidade Executante:

SOTE

Logradouro, Endereço, N°, Complemento, Bairro

RUA UM - 01 -- ALTO DA MARAVILHA

Município Regulador

CENTRAL INTERESTADUAL PEGA

Data de Solicitação

12.09.2016 - 10:20:15

Data de Autorização

12/09/2016 - 10:48:35

Data de Reserva

12.09.2016

Data Prevista de Alta

20.09.2016

CNS:

5455197

CNS:

2423960

Município

JUAZEIRO

Operador

6042414JOSELITA

Operador

01924415585ROBERTA

DADOS DO PACIENTE:

CNS

708909733613012

Nome do Paciente

JOSUE JOSE DA PAIXAO

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

26/09/1975 (40 anos)

Nome da Mãe:

ODORICA MARIA DA PAIXAO

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

480,

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(87) 99664-6893 (Exibir lista Detalhada)

Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

PAULISTANA - PI

Logradouro:

RODOVIA, PE 630

Bairro:

DÉDE DAMASCENO

Município de Residência:

OORMENTES

Complemento:

CASA

CEP:

56355000

UF:

PE

Telefone do Responsável

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA SUBTROCANTERICA - S722

Classificação de Risco

Tratamento de urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

Nome do Médico Solicitante:

DR. CÂRCIO ASKANIO

Status da Solicitação:

APROVADO

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050616

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE, 40 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COM FRATURA FEMURAL SEM COMORBIDADES.

PA: 100 X 60 mmHg. FC: 77. FR: 18. TEMP.: 35,4° C. GLASGOW: 15.

Reenviado dia 12/09/2016 - 10:47:32 por 6042414JOSELITA

PACIENTE, 40 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COM FRATURA FEMURAL SEM COMORBIDADES.

PA: 100 X 60 mmHg. FC: 77. FR: 18. TEMP.: 35,4° C. GLASGOW: 15.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R. X.

Reenviado dia 12/09/2016 - 10:47:32 por 6042414JOSELITA

R. X.

Condições que Justificam a Internação:

SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR. PACIENTE ENCONTRA-SE NO CORREDOR DA SALA VERDE DO HU.

Reenviado dia 12/09/2016 - 10:47:32 por 6042414JOSELITA

SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR. PACIENTE ENCONTRA-SE NO CORREDOR DA SALA VERDE DO HU.

SISREG III - AMBIENTE DE PRODUÇÃO 05-07-2017 10:35 356289 1/1

Data da Emissão 12/09/2016

Hora da Emissão 12:31

Nº Guia: 830.168

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome do Estabelecimento Solicitante SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	CNES 2423960
Nome do Estabelecimento Solicitante SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA	CNES 2423960

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JOSUE JOSE DA PAIXAO		Nº Prontuário 259.833
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 708909733613012	Data de Nascimento 26/09/1975	Sexo Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2
Nome da Mãe ODORICA MARIA DA PAIXAO	Nome do Responsável DEUSDEOT JOSE DA PAIXAO	Raça / Cor BRANCA
Município de Nascimento PAULISTANA	UF PI	Nacionalidade BRASIL
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) TRAVESSA AUGUSTO MANOEL RODRIGUES,	11-TELEFONE DE CONTATO (87)9920-2963	
Endereço de Residência DORMENTES	Código IBGE do Município 280515	UF PE
CEP 56.355-000	CPF 1565947	

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estado Executante ROBERTO BASTOS DE ALENCAR	Nº de Classe 003510BA	CPF 0358888506	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	--------------------------	-------------------	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sinais Clínicos <i>Quebra do CANO da FRATURA do FEMUR DIREITO em 2016 DOA EDSON - DE FOME</i>	Dr. Roberto Bastos de Alencar Ortopedia Traumatologia CRM-BA 3.510
--	--

Condições que Justificam a Internação <i>Atividade física e cano</i>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) <i>Rio de Janeiro</i>				
Diagnóstico Inicial <i>Femur Fratura</i>	CID 10 Principal <i>S72.1</i>	CID 10 Secundária	CID 10 Causas Associadas	Nº Mostr. Computador

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado <i>Redução Cirúrgica de Fratura</i>	Código do Procedimento Solicitado <i>04.08.05.048.9</i>
Código do Caráter da Internação ☐ URE ☐ EUTRO ☐ EUTRO	Leto Complementar
Equipamentos Requeridos para a Internação <i>Material Cirúrgico</i>	

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO		
DOCUMENTO ☐ CNS ☒ CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 884.737.195-04	Nº do Conselho de Classe 14.424-BA
Data de Solicitação <i>12/09/16</i>	Assinatura e Carimbo do Profs. Solicitante/Assistente <i>Dr. Roberto Bastos de Alencar</i>	Data de entrega p/ internação <i>12/09/16</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRÂNSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bônus	Série
☐ ACID. TRABALHO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CEOR
☐ AC. TRAB/TRAJETO			
Vínculo com a Previdência ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			

Nome do Profissional Autorizador	
Documento ☐ CNS ☐ CPF	Nº do CNS/CPF Profs. Autorizador
Data de Autorização	Código do Órgão Emissor M291840701
Nº Registro Cons. Em Classe	Ass. De Autorização/Carimbo

Nº AIH: 291610771969-0



Tratamento Cirúrgico de Fratura / Lesão Fis
22/09/2016 17:25:58
MARCIA CRUZ GONDIM
JOSUE JOSE DA PAIXAO



SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Av. Paulo Afonso, 01- Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / fax: (74) 3133-8889

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE : 259.833 - JOSUE JOSE DA PAIXAO
Nº : 830.158

DATA ADMISSÃO : 12/9/2016

DATA ALTA: 16/09/2016

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA DE FEMUR

MEMBRO: (X) DIREITO () ESQUERDO

TIPO DE FRATURA: () ABERTA (X) FECHADA

CID

S72.2

Tratamento/Evolução

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR COM FIXAÇÃO

Orientações

CURATIVO DE DOIS EM DOIS DIAS

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

Encaminhamento

REVISÃO APÓS 30 DIAS, SEGUNDA-FEIRA PELA MANHÃ

Tempo de afastamento previsto

Dr. Erisvaldo G. Rodrigues
PC 18.778 / DA 13.935
Ortopedia / Traumatologia

DR. ERISVALDO GONÇALVES RODRIGUES
CRM 13.935-BA

120005936 Josué José da Paixão 5-2

R.G.....

CPF.....

Dr(a)..... Enfermeiro(a)

Data da Coleta..... 13/09/2016

Destino..... SUS SOTE

Convênio..... SUS SOTE

Creatinina

Material biológico: Soro

Resultado..... 0,96 mg/dl

Observações:

Método: Cinético
Valores Referenciais
De 0,40 a 1,30 mg/dl

Glicose

Material biológico: Soro

Resultado..... 103,00 mg/dl

Observações:

Método: Enzimático
Valores Referenciais
De 65 a 100,0 mg/dl

Obs. Novos valores de referência para glicose de acordo com a SBEM, (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia), desde 11/2003

Uréia

Material biológico: Soro

Resultado..... 27,0 mg/dl

Observações:

Método: Enzimático
Valores Referenciais
De 15,0 a 40,0 mg/dl

Tempo de Protrombina - TAP

Material biológico: Plasma Citratado

Tempo..... 14,0 Segundos

Valor normal da referência..... 13,00 seg

Atividade Enzimática..... 90,00 %

RNI..... 1,04

Método: Quick
Valores Referenciais
De 11,0 a 13,0 segundos

70 a 100%

1,0 a 1,2

Valeska O. Oliveira

Dra. Valeska Oliuza Oliveira
Bioquímica
CRF 2837

[illegible]

Documentação médico - hospital



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 4252 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214A. CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA
Ofício nº. 0047 / 2018 Data 6 / 2 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 217A. CIRCUNSCRIÇÃO - DORMENTES

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 16:42 do dia 6 de Fevereiro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de JOSUE JOSE DA PAIXÃO (filho(a) de JOSE ANTONIO DA PAIXÃO e de ODORICA MARIA DA PAIXÃO, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 42 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de PAULISTANA - PI, nacionalidade BRASIL, documento apresentado Documento: RG de outro estado - 1585947, profissão PEDREIRO, endereço RODOVIA PE - 630, nº 480, complemento: NÃO INFORMADO, bairro ODE DAMASCENO, telefones (87)9920-2963, DORMENTES - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Comparece para exame complementar de perícia realizada no dia 21/11/2017 (laudo traumatológico 3855/2017), referente a acidente de trânsito no dia 11/09/2016. Traz relatório médico assinado por Dr Francisco Guedes (ortopedista CRM Pe 19132) datado de 27/11/2017 que diz: " paciente sofreu fratura do Fêmur direito há 15 meses. Fez tratamento cirúrgico, com boa consolidação, porém como seqüela teve assimetria dos MMII (MIE> MID 2,7 cm), dor ao deambular ou suporte de cargas. Refere incapacidade laboral pela dor"

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Cicatriz da ferida incisiva de 7,0 cm na face lateral do 1/3 proximal da coxa direita e outra de 13,5 cm no 1/3 médio da face lateral da coxa direita.
Marcha claudicante

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

O periciando apresenta lesões visíveis ao momento do exame pericial

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente do membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim, Debilidade da marcha (encurtamento do membro e limitação para suportar carga)
Incapacidade >30 dias (fratura de fêmur)

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - PETROLINA-PE
CERTIFICADO QUE A PRESENTE
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE,

06.02.18

[Assinatura]
Número de Matrícula 663.416-3



Dr. Amendo Libério Neto
Médico Legista - CRM 12547
11.11.2017

19-FEV-2018 20:35 476485 1/1
SERVIDOR LIGER 0001 1/1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. AMANDO DE ALBUQUERQUE LIBÓRIO
NETO - CRM 12557-PE.

Perito responsável

 Dr. Amândo Libório Neto

 Dr. Amândo Libório Neto



IMLAPC - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É Cópia FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE,

06/02/18

 863-416-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

JOSE **JOSE DA PAIXÃO**
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.585.947 DATA DE EXPEDICÃO 12-05-1995
NOME JOSUE JOSE DA PAIXÃO

FILIAÇÃO Jose Antonio da Paixão
Odorica Maria da Paixão

Paulistana-PI 26Set-1975
Nasc.Nº.6.967.liv-6-A-fla-140
Exp-Paulistana-PI 06-07-1979

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

Documentos de Identificação

Esta documentação é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a utilização por terceiros, sob pena dos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Josue Jose da Paixão*
JOSUE JOSE DA PAIXÃO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em 21/12/95

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME: JOSUE JOSE DA PAIXÃO

Nº de Inscrição: 893377143-91
Data de Nascimento: 26/09/75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: JOSUE JOSE DA PAIXÃO

DATA DE NASCIMENTO: 26/09/1975

MUNICÍPIO/UF: CORRENTES/PE

ZONA: 107

DATA DE EMISSÃO: 27/12/95

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polícia Federal

ALFATURA DO TÍTULO ELEITORAL DO ELEITOR

Sistema Único de Saúde

JOSUE JOSE DA PAIXÃO

Data Nasc.: 26/09/1975 Sexo: M

708 9097 3361 3012

150806299814

CLIQUE SAÚDE 130

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Órgão Emissor.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Cartão de Usuário

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170662847

Cidade: Dormentes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSUE JOSE DA PAIXAO

Data do acidente: 11/09/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2018

Valoração do IML: 25

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

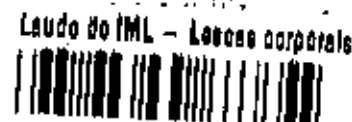
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do que dou fé. Dormentes, 29/11/2017. Em teste da verdade.
Valor Emol.: R\$ 2,99 TSM: R\$ 0,66 FERC: R\$ 0,33 Total R\$ 3,98 **MARINALDA CAVALCANTI DE MACEDO (SUBSTITUTA)**
Selo Digital: 0130492.WM11201704.00089
Consulte autenticidade em: **Laudo do IML - Lesões corporais**



SECRETARIA DE
DEFESA SOCIAL

Pernambuco

GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA - 2ª UNIDADE SECCIONAL - PETROLINA



LAUDO TRAUMATOLOGICO - Nº. 3855/2017



INAPÉ
SETOR CARTÓRIO

CERTIFICO QUE O PRESENTE É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

PETROLINA-PE

27/11/2017

[Assinatura]

INAPÉ - PETROLINA-PE
Diógenes Bruno Quesado Freire
ASSP/PEGA - M01: 263.162-8
CARTÓRIO À SUPERVISÃO

REQUISITADO POR: 217ª Circunscrição - Dormentes/PE
Ofício nº. 003-21/2016 - DEPOL 217 CIRC Data: 21 de novembro de 2017
ENCAMINHAR PARA: 217ª Circunscrição - Dormentes/PE

O Médico Legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Gestor do Instituto Médico Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinado às 16:10 horas do dia: 21 de novembro de 2017, na Seção de Clínica Médico-legal, procedera o exame de: **JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO**, filho de: José Antônio da Paixão e Odorica Maria da Paixão raça/cor parda, sexo masculino, cabelos grisalhos, barba feita, estado civil casado, aparentando a idade de 42 anos, com estatura mediana, residente à Rodovia PE 630, nº 480, bairro/distrito Dedé da Maça, cidade/município Dormentes/PE, natural de Paulistana/PI, nacionalidade brasileira, contato: (87) 9-9920-2963, documento apresentado: RG: 1.585.947, SSP-PI, EXP. 12-05-1995, profissão: agricultor, sinais particulares: não visíveis, verifica-se que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

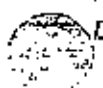
- 1 - Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado? Sim
- 2 - Qual o instrumento ou o meio que a ocasionou? Contundente
- 3 - Da lesão resultou:
 - I - Debilidade permanente de membro, sentido ou função? Limitação da função do membro inferior direito
 - II - Perigo de vida? Não
 - III - Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? Sim (fratura do fêmur direito)
 - IV - Aceleração de parto? Não se aplica
- 4 - Da lesão resultou:
 - I - Deformidade permanente? Não
 - II - Perda ou inutilização de membro, sentido ou função? Não
 - III - Enfermidade incurável? Depende de exame posterior com 12 meses
 - IV - Incapacidade permanente para o trabalho? Não
 - V - Aborto? Não se aplica

***** HISTÓRICO** - Refere acidente de carro no dia 11/09/2016 por volta das 3:00 h. Foi encaminhado para o Hospital de Traumas e posteriormente para a SOTE em Juazeiro, sendo submetido a tratamento cirúrgico de fratura do fêmur direito. Trouxe laudo médico assinado por Dr Erisvaldo Rodrigues (ortopedista CRM BA 13935) datado de 21/11/17, onde refere encurtamento do membro com limitação de função de 40%. Deambulando sem ajuda de muletas. Traz também laudo de exame de Escanometria digital dos membros inferiores onde refere Membro inferior direito de 29,4 cm e membro inferior esquerdo de 32,1 cm.

***** DESCRIÇÃO** - Periciando apresentando ao exame: cicatriz de ferida incisa de 7,0 cm na face lateral do 1/3 proximal da coxa direita e outra de 13,5 cm no 1/3 médio da face lateral da coxa direita. Marcha claudicante.

***** DISCUSSÃO / CONCLUSÃO** - O periciando apresenta evidência física de lesão corporal ao momento do exame pericial.

Lido e achado correto este laudo, o médico legista o assina para que produza os efeitos legais.



Dr. Amândio Libório Neto

Dr. Amândio Libório Neto
Perito Médico Legista

WCS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0486454/17
Vítima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
CPF: 693.577.143-91

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/09/2016
Titular do CPF: JOSUE JOSE DA PAIXAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



JOSUE JOSE DA PAIXAO : 693.577.143-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2017
Nome: JOSUE JOSE DA PAIXAO
CPF/CNPJ: 693.577.143-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

JOSUE JOSE DA PAIXAO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE DA PAIXAO

DATA DO ACIDENTE 11/09/16 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 693577.143-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalides do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINH(O)A)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
E-mail securadamentolider.com.br Tel. 0800-022-1204
Data 29/11/2017 Assinatura João José da Paixão

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento Seguradora Líder - São Paulo - SP
Atendente 85056600 Matrícula 85056600
Data 29/11/2017 Assinatura ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0486454/17
Vítima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
CPF: 693.577.143-91

CPF do: Próprio

Data do Acidente: 11/09/2016
Titular do CPF: JOSUE JOSE DA PAIXAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros

JOSUE JOSE DA PAIXAO

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2018
Nome: JOSUE JOSE DA PAIXAO
CPF: 693.577.143-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSUE JOSE DA PAIXAO

Elen Tais Alves Pereira

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSUE JOSE DA PAIXAO
NP Sinistro: 3170662847
Vítima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
Data do Acidente: 11/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3170662847, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- ☒ Documentação médico-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seg. 0240500466 - Guia_00 - INVALIDEZ

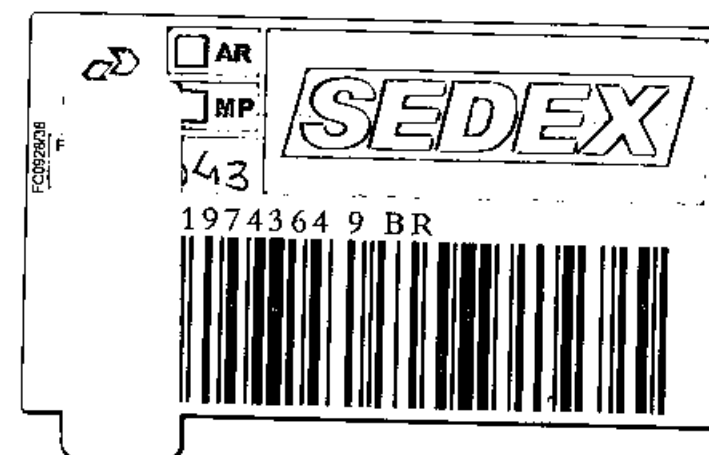


SEGURO LIDER DPVAT - 18-12-2017 10:00 0240500466

Caro(a) Senhor(a)



SEGURADORA LIDER
A/C SONIA FARO
RUA SENADOR DANTAS, 74
15º ANDAR, CENTRO
RIO DE JANEIRO-RJ
2031-205



USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ Ausente	☐ Endereço insuficiente
☐ Falecido	☐ Não existe o número indicado
☐ Recusado	☐ Desconhecido
☐ Mudou-se	☐ Outros (especificar) _____

DATA

RUBRICA DO RESPONSÁVEL

VISTO

Remetente: Josué José da PAIXÃO

Endereço: Rodovia PE 630, nº 480, DEDÉ DAMASCENO

56355-060