



Número: **0000473-53.2018.8.17.2120**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Afrânio**

Última distribuição : **22/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSUE JOSE DA PAIXAO (REQUERENTE)		LEONARDO LUIZ GAMA E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69054 160	05/10/2020 15:58	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170662847**

Vítima: **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

Pag. 00905/00906 - carta_01 - INVALIDEZ

00020453



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSUE JOSE DA PAIXAO**
Nº 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 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

Pag. 00465/00466 - carta_03 - INVALIDEZ

00080233



Carta nº 12161443



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSUE JOSE DA PAIXAO**
Nº 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 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

Pag. 01927/01928 - carta_03 - INVALIDEZ

00050964



Carta nº 12324146



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSUE JOSE DA PAIXAO**
Nº 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 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

Pag. 00509/00510 - carta_03 - INVALIDEZ

00050255



Carta nº 12435804



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Carta nº: 12540108

A/C: JOSUE JOSE DA PAIXAO

Nº Sinistro: 3170662847
Vitima: 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

Pag. 01945/01946 - carta_15R - INVALIDEZ

00020973





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 JOSE DA PAIXÃOPORTADOR(A) DO RG Nº 1585947EXPEDIDO POR SSP/PIEM 10/05/195 ECPF 603637143-91 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 933,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSUE JOSE 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 SISDPVAT 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 511.4306

☐ 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.

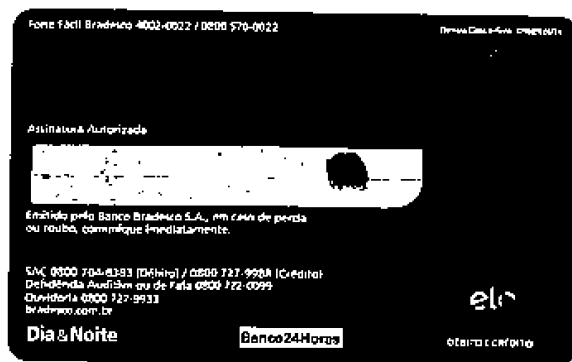
LOCAL Dourados (PE) DATA 28/11/2017

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 aos legítimos beneficiários, 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.



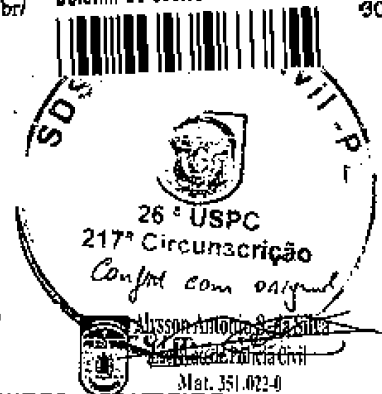


5067277323288202 08-12-2017 14:34 356302 1/1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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

*** CONFIDENCIAL ***
* USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGAÇÃO E/OU
INQUÉRITO 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 KL 3121 (Usado na geração da ocorrência) - Proprietário:
EUGÊNIO REIS DE ASSIS - Utilizado por: EUGÊNIO REIS DE ASSIS

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

SEB/BR0001 LINES CPART P46 05-10-2017 18:34 356303 1/1

01/12/2016 20:20



Local do fato: **RODOVIA ESTADUAL****Envolvidos:**

PREJUDICADO (AUTOR VALENTE)
JUSSIMARA CAVALCANTI DE MACEDO REIS (OUTRO)
EUGÊNIO REIS DE ASSIS (VITIMA)
JOSUE JOSÉ DA PAIXÃO (VITIMA)

Objetos:

VEICULO: VEÍCULO AUTOMOTOR - PLACA KL 9121 (Usado na geração da ocorrência) - Proprietário:
EUGÊNIO REIS DE ASSIS - 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: **6764562/8DS/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: **21/1/1993**; 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: **1686947/SSP/PI (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(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 JANGÓ DORMENTES, PERNAMBUCO, BRASIL**

SENEXORA LINES PIET RA- 05-02-2017 16:34 356304 1/1

01/12/2016 20:20



PREJUDICADO (não presente no plantão): Sexo: **DESCONHECIDO**; Orientação Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Identidade Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Mte: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO 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: **AUTOMÓVEL / FIAT / FIAT PALIO - Objeto apreendido: Não**
Número de Série: **NÃO INFORMADO** Cor: **NÃO INFORMADO** Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **0,00 (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJL3121 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)** Renavam: **910545758** Chassi: **9BD17164G72918668**
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) TRANSTRA NO VEÍCULO PLACA KJL3121, ITINERÁRIO ZONA RURAL A SEDE DO MUNICÍPIO PELA A ROD PE 635, 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 ÓBITO 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. (81C)

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 - 05-02-2017 16:34 356305 1/1

01/12/2016 20:20





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 SOUZEIRO, 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 PAIXÃO	MARIA 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	MÊS	ANO
05	08	2002

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
COMUNHÃO PARCIAL DE BENSNOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO
COM O MESMO NOME e MARIA REGINA COELHO BARBOZA DA PAIXÃOOBSERVAÇÕES / 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/PEOficial Registrador
MARINALDA CAVALCANTI DE MACEDOMunicípio/UF
DormentesEndereço
Rua José Clementino Rodrigues Coelho

Selo: 0130492.TTT08201604.00007

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Dormentes, 23 de agosto de 2016.

Oficial do registro Civil

ARPENBRSILA AA 000570905 BRP

ARPENBRSILA AA 000570905 BRP

Centro de Saúde Nossa Senhora da Paz
Dormentes - PE

Prontuário:
Data: 23/09/2016
Hora: 03:18h

Prontuário de A-Z

Nome: José José da Paixão

Sexo: M Idade: 40a

Naturalidade: Paulistana - PI

Endereço: R. Rodovia PE630

Nº Bairro:

Procedência: local do acidente

Mãe: Odete Maria da Paixão

Pessoa de quem depende:

DN: 26/09/1975

Parentesco: esposa

Fone: 87 9664 6893

Trazido por:

Endereço:

CNS: 708 909 7336 130 12

Local do acidente:

Data: / / Hora:

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 veículo (sic), há cerca de 30 minutos. Ferimento moderado em coxa (D).

EXAME - FÍSICO

PA: Sat.O2: Pulso: Temp: HGT: Peso:

- (A) nas aéreas pérvias, fadando normalmente. AR e AOV = sem alteração.
(B) ventilando em ambiente. SatO2 98%.
(C) sem sangramento ativo externo, FC = 88 bpm. PA = 10 x 10 mmHg.
(D) hístio físico, algo desidratado, porém consciente. Glasgow 13.
(E) dor e edema em coxa (D), com rugas de fadiga. Leve exortose em face e pés, brás corticosteroide em coxa. eabeludo = 3 cm.

Diagnóstico Provisório:

RECEPCIONISTA

MÉDICO

Diclopraco 5 amp, IM, agora

SRL 500 ml, IV aberto

Rx cervical (perf), torax (AP), coxa (D) (AP/perf),
bacia (AP)

Coloco paciente na central de Regulação para
avaliação especializada / urgência cirúrgica
no momento, sendo o caso encaminhado para a dor.

Automática transferência para sala de HU.
Recomendo o paciente pelo risco.
Nega-se a permanência em SI.

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
CARIMBÔ



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

BRADESCO1603201805000000000023703101000000511430236250 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Josue José da PaixãoRG nº 1585947, 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	

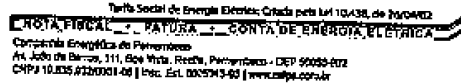
SSP/PI/00001 LIBER. OPART. Nº 16-PEZ-2017 18:33 356296 1/1

Por ser verdade, firmo-me.

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

889800413





SECCION DE LA UNIDAD CONSUMIDORA
FOLIO 30480

CEDE DASASCEIXO DORMENTES
LORIENTES PE
58355-000

CORTA CONTRATO		PERIODO	
7002277870		10/2016	
DATA DE VENCIMENTO		DATA PREVISAO PAGAMENTO	
19/10/2016		11/11/2016	
TOTAL A PAGAR (R\$)		196,58	

DATAHISTORICAL	2018	ZWELTO
001118471	UNICA	11/10/2018
PRESTACAO	201807443	1035891
11/10/2018		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,21813202	8,54
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,37799503	28,17
Consumo Ativo superior a 220 kWh	125,00000000	0,58020638	87,31
Contribuição Iluminação Pública	125,00000000	0,32324877	77,80
ICMS Subvenção-CDE-UF 00107778-11/09/16			15,29
Multa por atraso-UF 001189173 - 12/09/10			0,84
Juros por atraso-UF 001189173 - 12/09/10			2,11
			0,52

[illegible][illegible][illegible]

SEHRB0008 LIBER DATE PW 65-052-2817 18:33 356297 1/1



Regina de morse

V. Rapante



UCT DE JUAZIRO

Documentação médica - hospitalar

REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO - R.T.



Nome : JOSUÉ JOSÉ DA PAIXÃO

Hospital : SOTE

Nº de Registro Profissional: 289.833

Enfermaria / Quarto / Apto. : 5

Data do nascimento : 26/09/1975

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	Hemocomponente	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 : _____



61601

THE OCEANOGRAPHIC SOCIETY

2025/05/05 10:00 AM

2003 2004

1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

Figure 1. The effect of the concentration of the initiator on the polymerization of α -methylstyrene in the presence of SnCl_4 at 50°C .

$$f(t) = \sum_{i=1}^n c_i e^{(\lambda_i - \mu_i)t} + \sum_{j=1}^m d_j e^{\lambda_j t} + \sum_{k=1}^p e^{\lambda_k t} \int_0^t e^{-\lambda_k s} f(s) ds$$

5

GIORGIO NERI - 19198221

0475,284, 02,94,12,107

• *Geographical and Environmental Context*

NOV 26 1972

2024-09-25

Page 1 of 1

Σελίδα 1

31 37 40: 6792-691: 1910

[illegible]

02873973

0501 0313 0000

44725 : (3104, 54, 03/05/12)

132

0936515 J654

* 2009-10-26 2:45 PM EDT

18/06/2020 09:23

LA 0001 81031504 0000

03/01/2011 12:41 PM

[illegible]

OT/RESEARCH

04/20/2009

• *contingent*

U.S. GOVERNMENT

- Test 2 score 57

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. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

POSTAL ADDRESS: 02033 GLENVIEW, MASSACHUSETTS 01903-0001. TEL: 617/452-1000. FAX: 617/452-1001. E-MAIL: info@cs.cmu.edu. INTERNET: <http://www.cs.cmu.edu>.

50523-1000





SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

RF: 00113 5.2
Hemoc. 11.08

HEMOBA

PÁGINA RESERVADA AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: PACIENTE

Grupo sanguíneo

Fator Rh

O teste

P.A.L.

Anticoagulante

Causa da hemorragia

Parafusagem

AB Positivo - Negativo Negativo

* P.A.L. Presença de alterações morfológicas

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: HEMOCOMPONENTES E PREÇOS DE COMPATIBILIDADE

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

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

Assinatura do gestor (assinatura)

| Grupo sanguíneo | Fator Rh | O teste | P.A.L. | Anticoagulante | Causa da hemorragia | Parafusagem |
|-----------------|----------|---------|--------|----------------|---------------------|-------------|
| | | | | | | |

Outras observações:

* 22/04/17

Nome do técnico responsável pela expedição (assinatura)

Nome do técnico responsável pelo transporte (assinatura)

13/09/16 19/11/15

UNIDADES DA FUNDAÇÃO HEMOBA FORNECEDORAS DE HEMOCOMPONENTES

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| HEMOBA HEMOCENTRO EXTENSIVO SUL - SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SANTARÉM (71) 3461-7804 | HEMOBA UCT PAULISTA APOIO (71) 3261-2710 |
| HEMOBA HEMOCENTRO EXTENSIVO NOROCCIDENTAL (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |
| HEMOBA UCT ALACANTAR (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |
| HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |
| HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |
| HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |
| HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |
| HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT SÃO PAULO (71) 3261-2266 | HEMOBA UCT HEMOCENTRO DO POULAL (71) 3261-2210 |

HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS

| Produto | Qtd pendente | Data atual | Observação |
|---------|--------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SECRETARIA DE SAÚDE - RJ
05-02-2017 18:32 356273 1/1



SUS

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

FORMULÁRIO 10/11

VERSÃO 13.02

HEMOBA

| | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|---|----------|--|-----------------|---------|-----|
| Hospital | SOTE | | Data | | 13/09/16 | Horário | 18h |
| Paciente (nome) | JOSUE JOSÉ DA SILVA | | | | Convênio | | |
| Unidade / Enfermaria | 5 | 2 | Promoção | | 269833 | | |
| | | | | | Cartão | | |
| | | | | | 708409755613012 | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|----------|------------------|------|---------------------|--------------------------------|---------------|-------------|-----|-------|---------|
| Tipo de paciente | Urbano | | Nome | | Ynaro Augusto Manoel Rodrigues | | Nº | 51m | Idade | 18 anos |
| CEP | 56.35500 | Estado de origem | PE | Município de origem | Domestica | RGCE (número) | 874920-2963 | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|------------------|------------------------|-------|--------------------------------|-----------|----|----|
| Resposta | 26.09.75 | M | 22.30 | 7.50 | 96.000 | FE | 90 |
| Diagnóstico | Fratura de fêmur | | | | Indicação | | |
| | | | | Anemia | | | |
| Antecedentes transfusionais? | | Antecedentes clínicos? | | Resposta transfusional prévia? | | | |
| sim não | | sim não | | sim não | | | |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Fenotipagem | |
| Produto | Nº unidades ou volume (mL) |
| ☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | ☐ alogotipagem |
| ☐ PLASMA FRESCO | ☐ alogotipagem |
| ☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS | ☐ alogotipagem |
| ☐ CROFOPRECIPITADO | ☐ alogotipagem |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|--|
| Modalidade de transfusão: | ☐ Programada | ☐ Rotina (em até 24h) | ☐ Urgência (em até 3h) | ☐ Emergência (relatório de transfusão assinado pelo médico) |
| Observações: | | | | |
| Produto | Produto | Produto | Produto | Produto |
| Quantidade | Quantidade | Quantidade | Quantidade | Quantidade |
| Assinatura do médico solicitante (legível) + CRM e data | | | | |
| Assinatura do médico responsável pela coleta (legível) + CRM e data | | | | |

INSTRUÇÕES AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1. Encaminhar ao serviço de hemoterapia duas vias desta prescrição, acompanhadas de dois tubos de coleta rotulados com o nome do paciente: um com o antecôncito (garantindo tempo frio) e outro com o concentrado (tempo de centrifugação de 10 minutos, com o tubo de coleta separado);
2. O nome do paciente deve estar completo (nome e sobrenome) e em letra de forma;
3. Para pacientes indígenas, informar aqui o código de 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 ocorrido 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, ILÍVEL OU RABURADA NÃO SERÁ ACEITA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Autorizo ao serviço de hemoterapia a realizar a transfusão de emergência de hemocomponentes para este paciente, sob a condição de que o mesmo não seja utilizado para fins de diagnóstico, pesquisa ou qualquer outro fim não autorizado. Cabe ao médico responsável a avaliação do risco de tal procedimento.

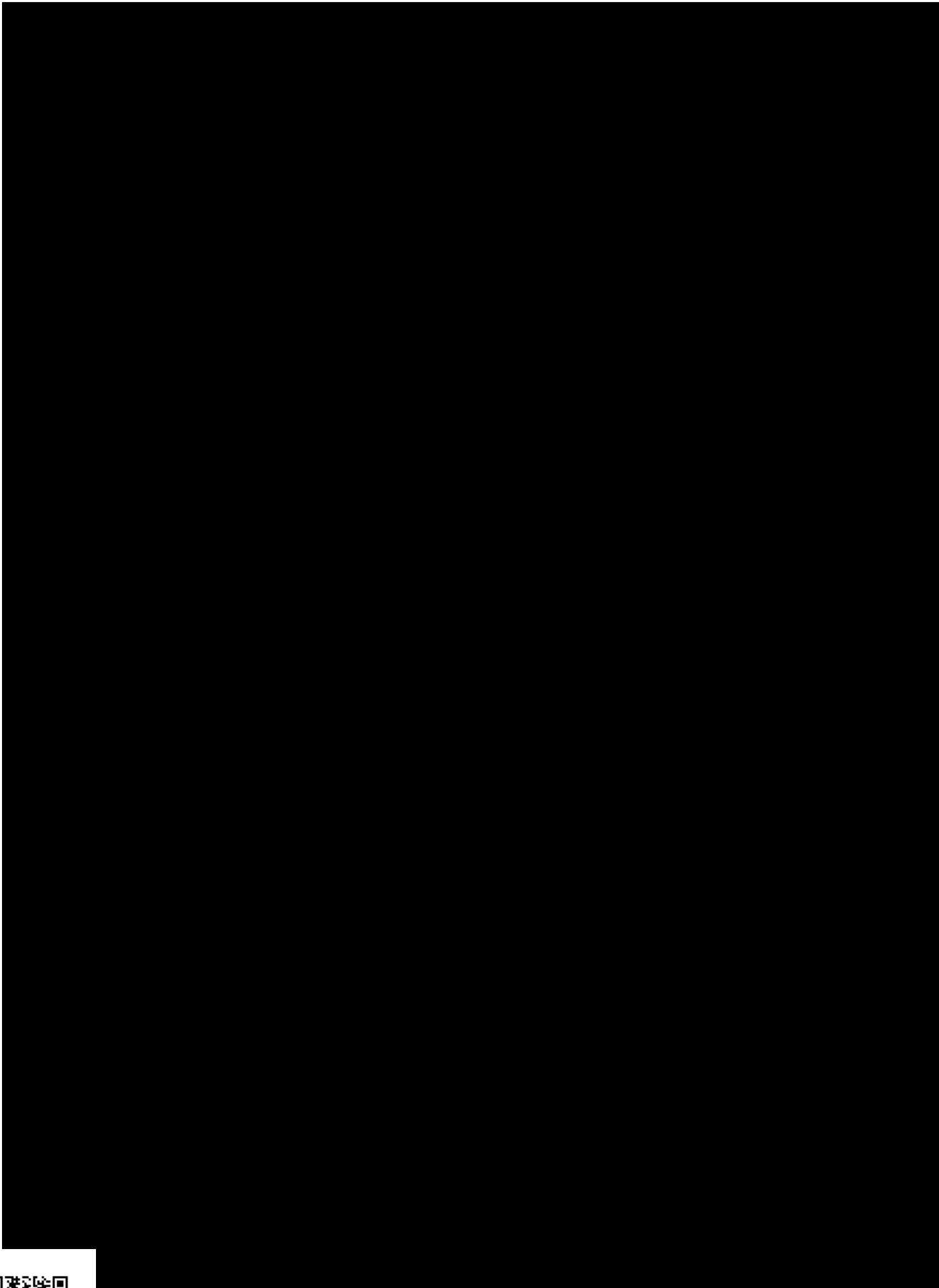
Assinatura do médico solicitante (legível) + CRM e data

Assinatura do médico responsável pela coleta (legível) + CRM e data

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|------|--|----------------------|---------|-------|
| Hospital | SOTE | | Data | | 13/09/16 | Horário | 16h07 |
| Paciente (nome) | JOSUE JOSÉ DA SILVA | | | | Unidade / Enfermaria | | |
| Produto | Nº unidades ou volume (mL) | Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente | | | | | |
| ☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | ☐ alogotipagem | ☐ alogotipagem | | | | | |
| ☐ PLASMA FRESCO | ☐ alogotipagem | ☐ alogotipagem | | | | | |
| ☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS | ☐ alogotipagem | ☐ alogotipagem | | | | | |
| ☐ CROFOPRECIPITADO | ☐ alogotipagem | ☐ alogotipagem | | | | | |
| Responsável pelo recebimento | | | | | | | |
| Assinatura | | | | | | | |





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.

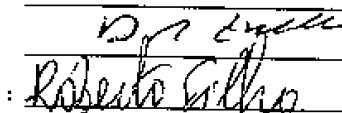
Juazeiro, 12 de setembro de 2016

Paciente : 259.833 JOSUE JOSE DA PAIXAO

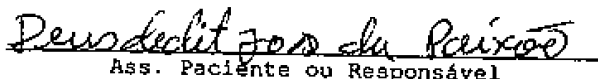
Responsável : DEUSDEDIT JOSE DA PAIXAO

Testemunhas : _____ e _____

Dr. :



CRM 14.424


Ass. Paciente ou Responsável

SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA - C.G.C - 13.971.890/0001-20
AVENIDA PAULO AFONSO, Nº 1 - ALTO DA MARAVILHA - JUAZEIRO - PE cep.: 48.904-580
Fone / Fax : (74)3613-8888 - (74)3611-2388

SEMPRE LÍDIO DEPT. PM 05-02-2017 18:12 356275 1/1



Side

04.252.756/0001-89 2260

Av. Dr. Fernando de Menezes Góes, nº 226, Sala 204 - Empresarial Safira
Centro - CEP: 55.304-020 - Petrolina-PE
Tel.: (87) 3861-4175 - E-mail: spsintese@hotmail.com

ITE:

ITE: João José da Paixão

AIM:

AIH: 259 833

PRONTUÁRIO Nº

259 835

DA CIRURGIA

✓ 4/09-16

CONVENIO:

Faisal

CIRURGIÃO:

top: Curvalds

CPF:

CRM:

DESCRIÇÃO

R.O.P.M.

DE

VALOR

NÃO PREENCHER

1 PLANCH 95 = CON 10 FLORES

A PIVO DESCRIZANTE $n=50$

1. PAKHVIS θ CORTICAL $N = 42$

| | | | | |
|---|----|----|------|----|
| 1 | 11 | 11 | $N=$ | 48 |
|---|----|----|------|----|

| | | | | |
|---|----|----|----|----|
| 2 | 11 | 11 | 11 | 11 |
|---|----|----|----|----|

CODING 0702030821

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

[illegible]

NÃO PREVENIR

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

P/ PAGT°:

MD=

TOTAL:

PREENCHIMENTO DO PROTOUÁRIO É OBRIGATÓRIO.





SERVIÇO DE
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: João José Da Paixão
NÚMERO DE REGISTRO: 7852
CATEGORIA: SESAB (INICIAL)
REGIÃO: Goiás (D)
LAUDO: Fração 71 do Rodo

DATA 12.09.2016

Dr. Roberto Alencar
União dos Traumatologistas
CRM-PA 3510

MÉDICO - CRM



SERVIÇO DE
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA LTDA

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: João José da Paixão
NÚMERO DE REGISTRO: 7886
CATEGORIA: Sesab - Inicial
REGIÃO: Goiás (D)
LAUDO: NA CONFUSÃO

DATA 12.09.16

Dr. Roberto Alencar
União dos Traumatologistas
CRM-PA 3510

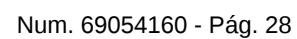
MÉDICO - CRM

SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA
05-02-2017 10:32 356277 1/1

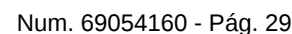


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/10/2020 15:58:22
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515582202600000067720476>
 Número do documento: 20100515582202600000067720476

3078 N 3500 00001
10/00/00 10/00/00
10/00/00 10/00/00



7-250161-163 DEPT AL 15-07-2017 10:32 356280 W



|  SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA E FISIATRIA
SOTE | | | | EVOLUÇÃO ENFERMAGEM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|------|--|--|--|----------|--|--|--|---------|--|--|--|-----------|--|--|--|--------|--|--|--|-----------|--|--|--|--------|--|--|--|-----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME: <u>Antônio YVES de Mello Junior</u>
CLÍNICA: <u>2</u>
ENFERMEIRA: <u>4</u>
APARTAMENTO: <u>1</u>
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Fratura do fêmur do membro inferior direito</u>
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: <u>Lesão de grau II da articulação do joelho</u>
IDADE: <u>40</u>
REGISTRO: <u>25983</u>
LEITO: <u>3</u>
DATA: <u>14/01/16</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORÁRIO | | | | EVOLUÇÃO ENFERMAGEM | | | | ASSINATURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07:05 | | | | <p>(Paciente acordado, porém com dor no membro inferior direito, apresentando edema no joelho e dor ao movimento. Realizado exame físico e radiografia da articulação do joelho, apresentando fratura do fêmur do membro inferior direito, grau II da articulação do joelho. Realizado curativo e imobilização com gesso.</p> | | | | <p><i>Antônio YVES de Mello Junior</i>
 Enfermeiro(a)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13:15 | | | | <p>Paciente acordado, porém com dor no membro inferior direito, apresentando edema no joelho e dor ao movimento. Realizado exame físico e radiografia da articulação do joelho, apresentando fratura do fêmur do membro inferior direito, grau II da articulação do joelho. Realizado curativo e imobilização com gesso.</p> | | | | <p><i>Antônio YVES de Mello Junior</i>
 Enfermeiro(a)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15:30 | | | | <p>Paciente acordado, porém com dor no membro inferior direito, apresentando edema no joelho e dor ao movimento. Realizado exame físico e radiografia da articulação do joelho, apresentando fratura do fêmur do membro inferior direito, grau II da articulação do joelho. Realizado curativo e imobilização com gesso.</p> | | | | <p><i>Antônio YVES de Mello Junior</i>
 Enfermeiro(a)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19:15 | | | | <p>Paciente acordado, porém com dor no membro inferior direito, apresentando edema no joelho e dor ao movimento. Realizado exame físico e radiografia da articulação do joelho, apresentando fratura do fêmur do membro inferior direito, grau II da articulação do joelho. Realizado curativo e imobilização com gesso.</p> | | | | <p><i>Antônio YVES de Mello Junior</i>
 Enfermeiro(a)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21:00 | | | | <p>Paciente acordado, porém com dor no membro inferior direito, apresentando edema no joelho e dor ao movimento. Realizado exame físico e radiografia da articulação do joelho, apresentando fratura do fêmur do membro inferior direito, grau II da articulação do joelho. Realizado curativo e imobilização com gesso.</p> | | | | <p><i>Antônio YVES de Mello Junior</i>
 Enfermeiro(a)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23:00 | | | | <p>Paciente acordado, porém com dor no membro inferior direito, apresentando edema no joelho e dor ao movimento. Realizado exame físico e radiografia da articulação do joelho, apresentando fratura do fêmur do membro inferior direito, grau II da articulação do joelho. Realizado curativo e imobilização com gesso.</p> | | | | <p><i>Antônio YVES de Mello Junior</i>
 Enfermeiro(a)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA | | | | PA | | | | PULSO | | | | TEMP | | | | INGESTÃO | | | | DIURESE | | | | EVACUAÇÃO | | | | S.N.G. | | | | DIA DRENO | | | | VÔMITO | | | | HGT | | | | BAL HÍDRICO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | 130x80 | | | | 83 | | | | 36,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19:00 | | | | 130x80 | | | | 83 | | | | 37,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Num. 69054160 - Pág. 32

| EVOLUÇÃO ENFERMAGEM | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|--------|-----------|--------|-----|-------------|
| NOME: <u>Jose José da Rocha</u> | | APARTAMENTO | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | IDADE: <u>40a</u> | REGISTRO: <u>55983</u> | DATA: <u>13/09/16</u> | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | ENFERMEIRA: <u>C.C.</u> | | | LETO: <u>2</u> | | | | | | |
| SOTE | | | | | | | | | | | |
| HORÁRIO | EVOLUÇÃO ENFERMAGEM | | | | | | | | | | |
| 06:00 | Paciente em pré-operatório + pulso oral - 100% 06:00 17 | | | | | | | | | | |
| 07:30 | Rx buccal anexo ao prontuário colar, consistente | | | | | | | | | | |
| | orientando verbalizado, com padrão respiratório | | | | | | | | | | |
| | matosuficiente, aciculado, abail, ativas | | | | | | | | | | |
| | apresentando encostas e suturas em crânio | | | | | | | | | | |
| | traux simétricos, alidade imobilizada por placas | | | | | | | | | | |
| | estabilidade perfunctória, sem quebras, diálise | | | | | | | | | | |
| | A seguir colar em crânio de enformagem | | | | | | | | | | |
| 08:00 | Sendo colado exames laboratoriais - 100% | | | | | | | | | | |
| | Resultando dos exames anexo ao prontuário | | | | | | | | | | |
| | Pa ordem de DRº Adalberto vai fazer | | | | | | | | | | |
| | sangue + plasma C.V. néquia - 100% | | | | | | | | | | |
| 15:00 | Sendo colado sangue p/ banco de sangue - 100% | | | | | | | | | | |
| | hemobio - 100% | | | | | | | | | | |
| | Encaixado p/ banco hemobio - 100% | | | | | | | | | | |
| | Segue em observação + cuidados da enfermagem - 100% | | | | | | | | | | |
| HORA | P.A. | PULSO | TEMP | INGESTÃO | DIURESE | EVACUAÇÃO | S.N.G. | DIA DRENO | VÔMITO | HGT | BAL.HIDRICO |
| 08:00 | 13x80 | 80 | 36.8 | | | | | | | | |
| 10:30 | 120x80 | 88 | 36.9C | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/10/2020 15:58:22
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515582202600000067720476>
 Número do documento: 20100515582202600000067720476

Fruto de Lima. 17



PRESCRIÇÃO MÉDICA E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Nome do Paciente

| Nº do Registro | Carta de Admissão | Enf./Aptº | Nº do Leito |
|----------------|-------------------|-----------|-------------|
| | | 05 | 02 |

Enf/Api^o

Not a duplicate

Use the Dictionary

No. of Leds

| | | | |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------|
| DIA 14, 19, 11h | DIA 16, 5, 11h | DIA 17, 19, 11h | DIA 18, 11h |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------|

| | | | | |
|-----|------|-----|-----|-----|
| DIA | KDSC | DIA | WPA | DIA |
| DIA | KDSC | DIA | WPA | DIA |

DIA 1100 11

DIA/DSSV

24, 25, 26

4

[illegible][illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

[illegible]

sote

Av. Paulo Afonso, 01 - Alto da Maravilha
- Tel.: (74) 3611-3403 / Fax: (74) 3611-4023

**PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO**

Normas do Paciente

Nome do Paciente: Lucas José da Silva

do Registro

Data de Análise:

Enf/Abp

ଅନୁଷ୍ଠାନ

9/18/2016

Old 1479

DLA *W. J. P. 1*

19

[illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

EMILIO LIBERATO, Jr. 6011 2011 1002 200254



SERVICO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIZADA

HOSPITAL SOTE

EMITENTE:

REGISTRO

PACIENTE

UNIDADE

DATA

HORA

CONVÊNIO

| CÓD. | ESPECIFICAÇÃO | QUANT. |
|-------|----------------------|--------|
| 28 | ADALAT | |
| 75 | ADRENALINA | |
| 135 | ÁGUA DEST. 10ML | |
| 156 | ÁGUA OXIGENADA | |
| 22259 | ÁLCOOL IODADO | |
| 293 | AMINOFILINA | 300 |
| 385 | AMPLACILINA 1G | |
| 460 | ATROPINA 0,25MG | |
| 78 | AG. DESC. 30X8 | |
| 21011 | AG. DESC. 40X12 | |
| 21016 | AG. 13X3,5 | |
| 21000 | AG. RAQUE DESC. Nº27 | |
| 22119 | ALGODÃO ORTOPED | |
| 22046 | ALGODÃO HIDROFIL | |
| 22178 | ÁLCOOL 70% | |
| 21002 | APARELHO BARBEAR | |
| 22437 | ATAD. CREPE 10CM | |
| 22453 | ATAD. CREPE 15CM | |
| 22461 | ATAD. CREPE 20CM | |
| 22593 | ATAD. GESSADA 10 | |
| 18 | ATAD. GESSADA 15 | |
| 22623 | ATAD. GESSADA 20 | |
| 479 | BIC. DE SÓDIO | |
| 486 | BUSCOPAN | |
| 86 | BOLA DE ALGODÃO | |
| 24183 | BORRACHA ASPIR. | |
| 6115 | CECLANIDE | |
| 661 | CL. DE SÓDIO | |
| 670 | CL. DE POTÁSSIO | |
| 650 | CLORANFENICOL 1G | |
| 299 | CAL. SODADA | |
| 23077 | CATETER 02 OCULOS | |
| 21252 | CERA OSSEA | |
| 21060 | COLETOR SIS. FECH | |
| 22932 | COMPR. GAZES | |
| 21099 | COMPR. CIRURGICA | |
| 24021 | CATETER SUBCLOM | |
| 23363 | CROMADO 0 SA | |
| 60149 | CROMADO 2 OSA | |
| 23375 | CROMADO 0 CA | |
| 23376 | CROMADO 1 CIA | |
| 23378 | CROMADO 2,0 CA | |
| 23368 | CROMADO 3,0 CA | |
| 1027 | DEXAMETAZONA | |
| 1190 | DIPIRONA 1G | |
| 542 | DIMORF 2MG | |
| 1304 | DORMONIO 15MG | |
| 59 | DRENO SUCCÃO Nº3-2 | |
| 22739 | DRENO PENROSE | |
| 61 | DRENO SUCCÃO - 6,4 | |
| 50 | DRENO SUCCÃO - 4,5 | |
| 1384 | EFORTIL | |
| 667 | ETER SULFÚRICO | |
| 29 | ETRANE | |

| CÓD. | ESPECIFICAÇÃO | QUANT. |
|-------|----------------------------|--------|
| 23403 | ETHIBOND 5 | |
| 55 | EQ. INJ. MACR. P/SORO | |
| 21078 | EQ. ARTROSC. 3 VIAS | |
| 22828 | ESPARAD. 4,5X10PC/M | |
| 22879 | ESPARAD. ANTIAL. MICROPOSE | |
| 30124 | ESCÓVA MARCODINE | |
| 60119 | FIO KIRSCHNER Nº1,0 | |
| 8086 | 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 60MG | |
| 2183 | GLUCOSE 25% | |
| 2187 | GLUCOSE 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 | JELCO 16 | |
| 22008 | JELCO 18 | |
| 22013 | JELCO 24 | |
| 2710 | KANAKON | |
| 2727 | KEFLIN | |
| 2728 | KETALAR | |
| 2803 | LASIX | |
| 23000 | LUA EST. Nº7,5 | |
| 22015 | LUA ST. Nº8,0 | |
| 23018 | LUA PROCEDIMENTO | |
| 20015 | LÂMINA BISTURI Nº24 | |
| 22016 | 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 | |
| 23336 | MONONYLON 5,0 | |
| 22020 | MASC. DESCARTÁVEL | |
| 3410 | NARCAN | |
| 22314 | POVO. DEGERM. | |
| 4144 | PLASIL | |

| CÓD. | ESPECIFICAÇÃO | QUANT. |
|-------|-----------------------|--------|
| 4380 | PROSTIGMINE | |
| 3091 | PROPES | |
| 15 | 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 | QUELICIN 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 | |
| 23166 | 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 | |
| 23366 | SIMPLES 2,0 CA | |
| 23382 | SIMPLES 3,0 SA | |
| 23382 | SIMPLES 4,0 SA | |
| 23386 | SIMPLES 0 CA | |
| 6127 | SORO GLUCOSE 0,5% 500 | |
| 195 | TILATIL 20MG / 40 | |
| 22366 | TINTURA BENJOM | |
| 22 | THIONEMBUTAL | |
| 9 | TRACRIUM 25MG | |
| 1064 | VALIUM 10MG | |
| 647 | XYLOCAINA GELEIA | |
| 739 | XYLOCAINA 2% SV 20 | |
| 6140 | XYLOCAINA SPRAY 10 | |
| 22069 | 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 CARDIÓCÓPIO | X | | |
| | TAXA OXIMETRIA | X | | |





SERVIÇO DE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
SOTE ESPECIALIZADA

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jonas Jose da Paixão REGISTRO: 259833
CIRURGIÃO: Dr. Alberto 1º AUXILIAR: Dr. Paulo
ANESTESISTA: Dr. Alberto 2º AUXILIAR: Dr. Paulo
INSTRUMENTADOR: Dr. Paulo
DATA: 13/05/20 INÍCIO: 13h30 TÉRMINO: 15h30 DURAÇÃO: 2h
DIAGNÓSTICO: Fratura do fêmur INTERVENÇÃO: Fixação com placa e parafusos

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

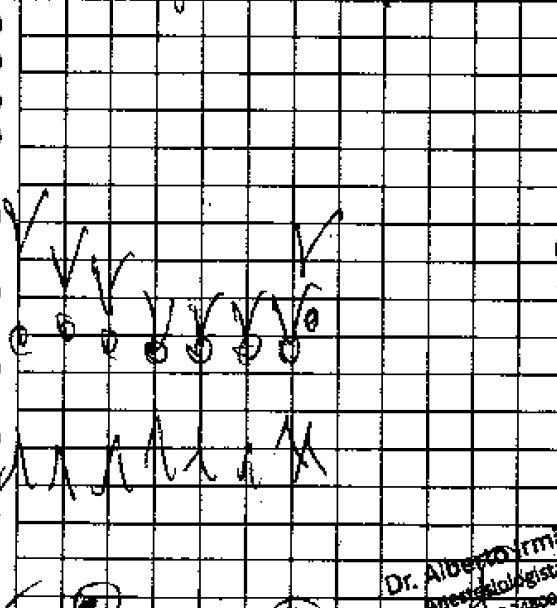
- ① Anestesia geral
- ② Lavagem
- ③ Incisão: local com
- ④ Redução e fixação
- Placa e parafusos
- Sutura da pele

Dr. Paulo

LAUDO DE ANESTESIA

ANESTESIA/INÍCIO: 13h30 TÉRMINO: 15h30 DURAÇÃO: 2h
TIPO DE ANESTESIA: Raqui e sedação VOLUME: 1500ml

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20



- MEDICAÇÃO DO CASO
- ① Monitorização da anestesia
 - ② Monitorização com oxímetro, cardiocópico e PNT
 - ③ Oxigênio umido sob cateter nasal 2l/min.
 - ④ Midazolam 3mg (EV)
 - ⑤ Fentanyl 75µg (EV)
 - ⑥ Plavix 10mg (EV)
 - ⑦ Cetarol 10mg (EV)
 - ⑧ Dexmedetomidina 10µg (EV) (SF)
 - ⑨ Realizado a raqui-
sele simples, para administração
de 13ml, com agulha
25G, tipo Quincke, após
esterilização e antiseptização
injeção subaracnóide de

Dr. Alberto
Anestesiologista





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

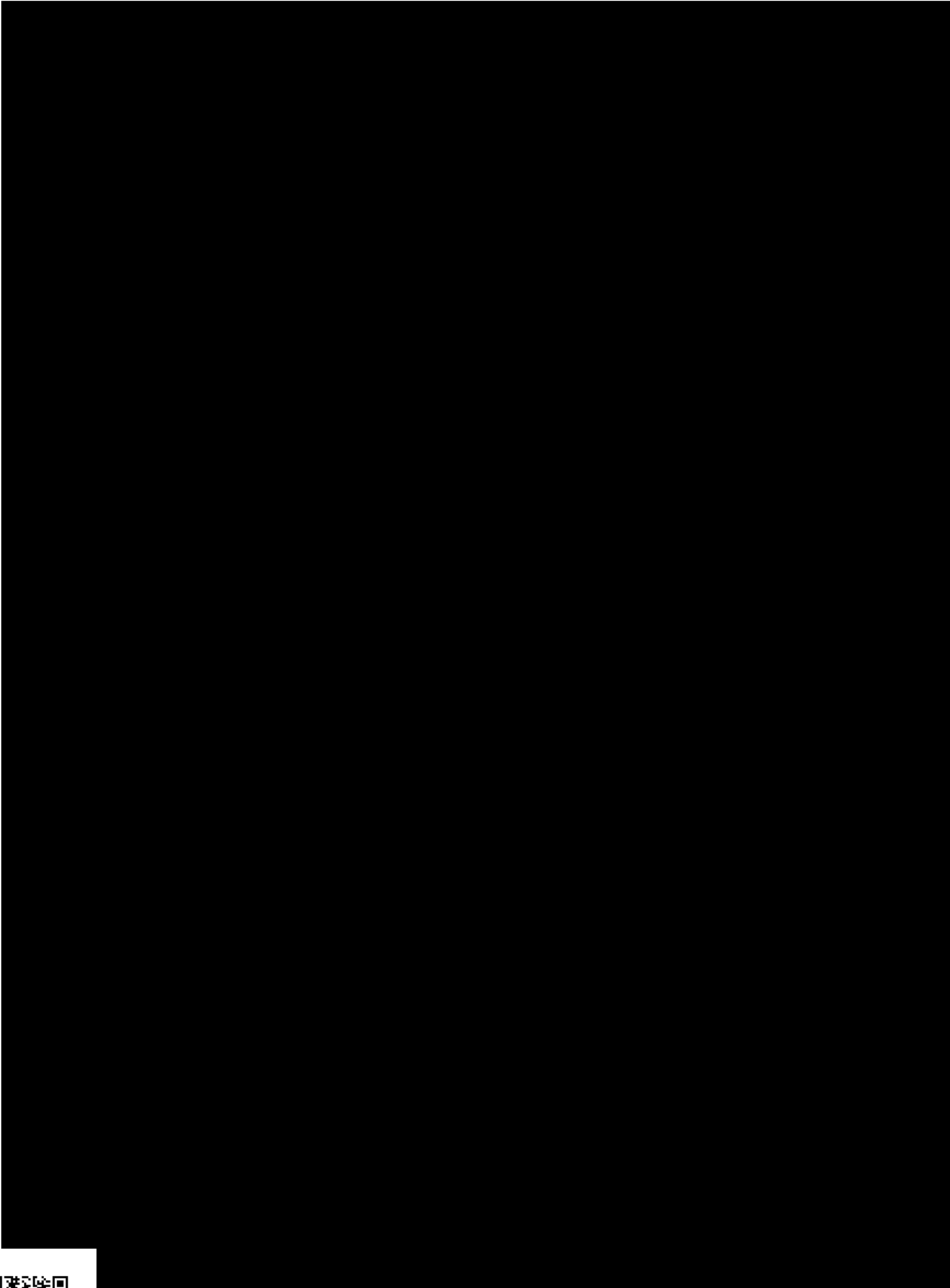
- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) APOSIÇÃO DOS CAMPOS
- 4) ACESSO LATERAL EM PONTE COM 2 INCISÕES
- 5) PASSAGEM DE PLACA DHS RENTE AO FÊMUR, REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR, FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS E DESLIZANTE
- 6) IRRIGAÇÃO COM 5L DE SF 0,9%
- 7) SUTURA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

CS-000001 ELIER DEANT PL 05-02-2017 10:33 356286 1/1





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

Quebra do CARRO
Tratado em PRON
Recebi PRON
Amputação
sem de Sinal

CNS 22

Ass. Residente : *PA*Diagnóstico Provisório : *Fratura de PRON*

Diagnóstico Definitivo : _____

Alta Hospitalar em : ____/____/____

PA
Ass. Médico Assistente

SISTEMA UNIC (PAR) PA 05-10-2017 18:33:356287 1/1



SOTE-SERVIÇO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
EM - 12/09/2016 12:30:56

GUIA : 830.158
USUÁRIO: MARILENE

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

SCS000001 LITON IMAT PIA 15-02-2017 10:33 356288 1/1



12/09/2016

SISREG III - Ambiente de Produção

CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 177955887

Unidade Solicitante:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PETROLINA

Unidade Executante:

SOTE

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

RUA UM - 01 -- ALTO DA MARAVILHA

Município Regulador

CENTRAL INTERESTADUAL PEBA

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

CNES:

5455197

CNES:

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) 99664-5893 (Exibir Lista Detalhada)

Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

PAULISTANA - PI

Logradouro:

RODOVIA PE 630

Bairro:

DEDE DAMASCENO

Município de Residência:

DORMENTES

Complemento:

CASA

CEP:

56355000

UF:

PE

Telefone do Responsável

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA SUBTROCANTERICA - S722

Classificação de Risco

--- 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

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

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

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

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

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

PA: 100 X 60 mmHg. FC: 77. FR: 18. TEMP.: 35,4º 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

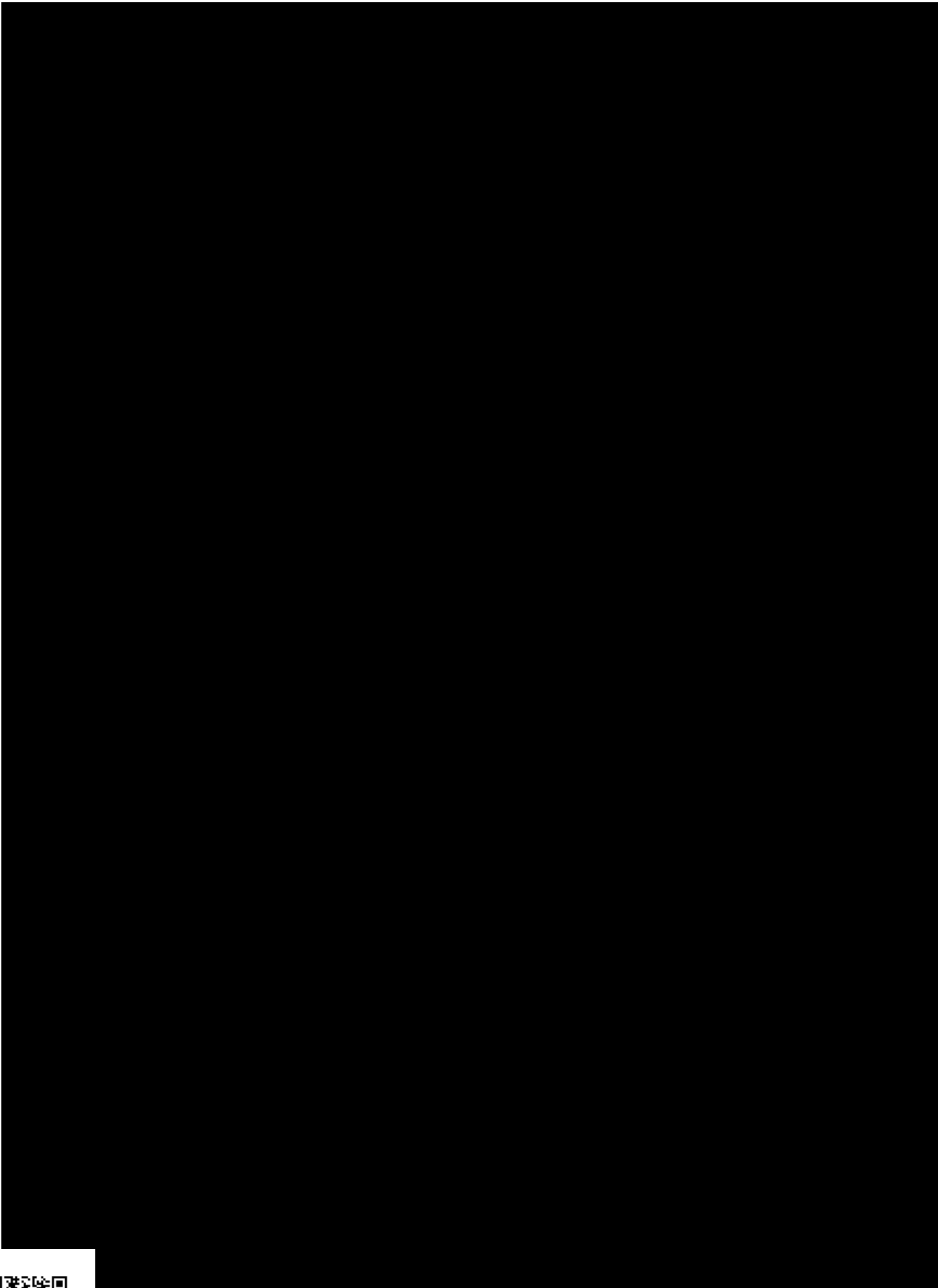
SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR. PACIENTE ENCONTRA-SE NO CORREDOR DA SALA VERDE DO HU.

Assinatura:

<https://pe.saude.gov.br/cgi-bin/index>

1/2







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
R. 10.978 / DA 13.335
Ortopedia / Traumatologia

DR. ERISVALDO GONÇALVES RODRIGUES
CRM 13.935-BA

SEMPRE LÍDER EM PRAT. FM - 05-12-2017 18:33 356291 1/1



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: Cinótico
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 30.0 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 Oliveira
Bioquímica
CRF 2837



Documentação médica - 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 8 / 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 DEDE DAMASCENO, telefones (87)9320-2883, 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. Tráz 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 incis 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 da 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,



ISMLAPC - PETROLINA-PE
CERTIFICADO COM A PRESENTE
E CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE,

06/02/18
Número 663.416-3



Dr. Amendo Libório Neto
Médico Legista - CRM 12562
11/01/1977

Página 1 de 2

19-FEV-2018 02:33 476485 1/1
SERVIDOR LIGER 0001 17





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 LIBORIO NETO - CRM 12557-PE.

Perito responsável

Dr. Amanda Líbório Neto

Dr. Amanda Líbório Neto



INILAPC - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE,

06/02/18
Assinatura 863-416-3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

JOSUE JOSE DA PAIXÃO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira de IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.585.947 DATA DE EMISSÃO 12-05-1995

NOME JOSUE JOSE DA PAIXÃO

FILIAÇÃO Jose Antonio da Paixão
Odorica Maria da Paixão

Paulistana-PI 26Set-1975

Nasc.Nº.6.967.11v-6-A-fls-140

Exp-Paulistana-PI 06-07-1979

Francisco das Chagas Pinheiro Martins

Documentos de Identificação

Esta documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e obrigatório para a obtenção de serviços nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: **JOSUE JOSE DA PAIXÃO**

JOSUE JOSE DA PAIXÃO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 21/12/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria do Rendimento Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME: JOSUE JOSE DA PAIXÃO

CPF: 692977143-91

020509795

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: JOSUE JOSE DA PAIXÃO

DATA DE NASCIMENTO: 26/09/1975

CPF: 692977143-91

ZONA: 107

SETENTES/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Assinatura do Titular do Título Eleitoral

Sistema Único de Saúde

JOSUE JOSE DA PAIXÃO

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

708 9097 3361 3012

Este cartão é pessoal e não pode ser emprestado.
Fica sob responsabilidade do titular e deve ser guardado com cuidado.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

verso

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Cartão da Usuário

frente

14 862955 0001 1102-230-98 90 10000 10000 10000



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:





CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE DORMENTES - PE
RUA JOSE CLEMENTINO S/N, 217 - JARDIM MARAVILHA - PETROLINA - PE - CEP: 56.306-610 - TEL: (87) 3865-1480

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do que dou fé. Dormentes, 29/11/2017. Em test. da verdade.
Mol.: R\$ 2,99 TSM: R\$ 0,86 PERC: R\$ 0,33 Total R\$ 3,98
CAVALCANTI DE MACEDO (SUBSTITUTA)
Selo Digital: 0130492.W111201704.00089

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



INAPC - PETROLINA-PE
SETOR CARTÓRIO

CERTIFICO QUE O PRESENTE
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

PETROLINA-PE, 29/11/2017



INAPC - PETROLINA-PE
Diógenes Bruno Quesado Freire
ASGRIEGA I - MGI: 243.162-8
Ligado 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

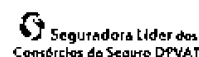
Dr. Amândio Libório Neto
Perito Médico Legista

WCS

Av. Sete de Setembro, s/n. Jardim Maravilha - Petrolina - PE - CEP: 56.306-610.
Fôns: (87) 3866-6582 e 3866-6583 Email: imlpetrolinacartorio@gmail.com



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

Laudos 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 SEBASTIÃO JOSÉ DA PAIXÃO

DATA DO ACIDENTE 10/03/16 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 Invalidade 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
- ☒ Comprovação das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originals)
- () 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)

889800545

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 Declaração 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 SOBRINHO(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 sebastiao@sebastiao.com.br Tel. 81 9980-3963

Data 29/11/2017 Assinatura Sebastião José da Paixão

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento Unidade de Atendimento - Documentos - PE

Atendente Luciana Barbosa Matrícula 85056600

Data 29/11/2017 Assinatura Luciana Barbosa

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASE-0486454/17
 Vítima: JOSUE JOSE DA PAIXAO
 CPF: 693.577.143-91
 Data do Acidente: 11/09/2016
 Titular do CPF: JOSUE JOSE DA PAIXAO
 CPF do: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Sinistro | Outros |
| Documentação médico-hospitalar | |
| Laudos do IML - Lesões corporais | |
| Outros | |

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 | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|--|---|
| Data da entrega: 18/01/2018
Nome: JOSUE JOSE DA PAIXAO
CPF: 693.577.143-91 | 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

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

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 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 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

Seguradora Líder - DPVAT - REGULAÇÃO



SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO
18-12-2017 10:10:02 025103 1/1

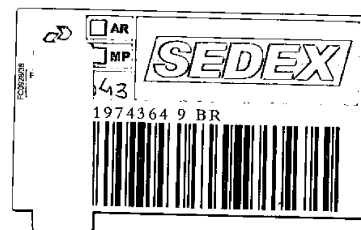
Cartão de Entrega





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

DH



Declarar



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: João José da Paixão
 Endereço: Rodovia PE 630, nº 480, D. D. DAMASCENO

5635-060

740105590

250 x 353mm

