

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180289044**

Vitima: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Data do Acidente: **11/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180289044**.

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 13039448



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JAILSON ELIAS FERNANDES

Nº Sinistro: 3180289044

Vitima: JAILSON ELIAS FERNANDES

Data do Acidente: 11/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180289044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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

Carta nº 13041992



Rio de Janeiro, 31 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180289044

Vítima: JAILSON ELIAS FERNANDES

Data do Acidente: 11/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAILSON ELIAS FERNANDES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



3

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO
 TITULAR(DO) DO RG Nº 2960457 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/2007
 CPF 060609134-92 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ALIMENTADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 958,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JAILSON ELIAS FERNANDES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00062006-0

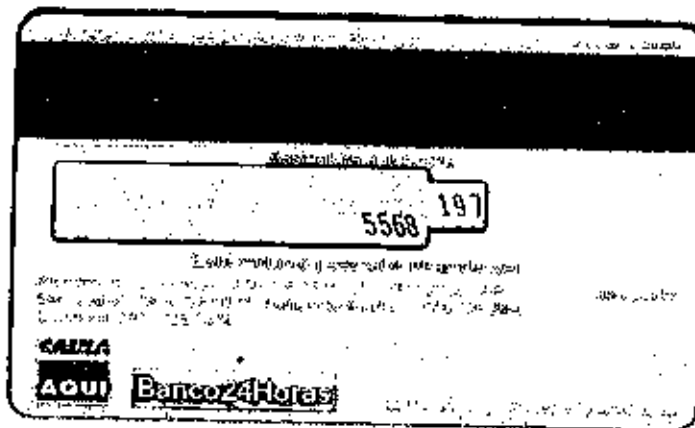
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RIO TINTO/PB, 28 de MARÇO de 2018
 LOCAL E DATA

Jailson Elias Fernandes
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! **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.

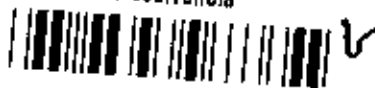




BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018
Ocorrência nº. 0536/2018

Boletim de ocorrência



Aos VINTE E OITO dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). SIMONE QUIRINO DE SÁ MACIEIRA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:56min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JAILSON ELIAS FERNANDES, conhecido por _____, Identidade nº 2.968.457-SSP/PB, CPF nº 068.609.134-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: serviços gerais, filho(a) de João Elias Fernandes E De Maria Olindina Fernandes, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 23/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, S/N, Bonfim, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de RIO TINTO/PB, fone(s) para contato: (83) _____

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 11 de setembro de 2017; *coloca*
- 3) HORÁRIO: 05h:45min;
- 4) LOCAL: Em frente ao Motel Skay, BR 101 nº _____, bairro: _____ - **MAMANGUAPE/PB;**
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, cor: VERMELHA, placa: QFR 6635/PB, ano: 2017, chassi: 9C2KC2210HR508344 em nome de JAILSON ELIAS FERNANDES

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, SEM CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, no local em referência, quando colidiu na traseira de um veículo que freou bruscamente a sua frente, QUE o comunicante com a colisão desmaiou no local e não tem conhecimento de quem estava conduzindo este veículo, nem as características do mesmo, embora saiba que o condutor tenha ficado no local pois o seu veículo acabou, devido a colisão, ficar travado, QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Mamanguape e encaminhado ao Hospital Geral de Mamanguape/PB e em seguida removido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa/PB, onde evidenciou-se segundo laudo médico apresentando dor intensa na coxa e perna direita, além de ferimento na região cervical e tornozelo direito, também sofreu fratura da diáfise do fêmur direito, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica, QUE recebeu alta hospitalar no dia 18/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Jailson Elias Fernandes
JAILSON ELIAS FERNANDES
Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva
Frederico Figueiredo Brito da Silva
APC - Mat. nº 156.567-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JAILSON EUAS FERNANDES, portador da carteira de identidade nº 2968457 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52 residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/Nº, 11 ST. 02, CENTRO Cidade RIO TINTO, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

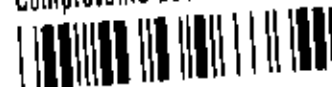
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jailson Elias Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RIO TINTO - PB, 28/03/2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO,RG nº 2968457, data de expedição 12/12/2008, Órgão SSP/PB,

CPF nº 068.609.134-52, 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)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>11 ST. 02</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>RIO TINTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.297-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98712-5439</u>
E-mail	<u>DVSEPC@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RIO TINTO-PB, 28/03/2018Assinatura do Declarante: Jailson Elias Fernandes

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Filho, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
DISSIMULE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69406472
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2017

JAILSON ELIAS FERNANDES
RUA PROJETADA 11 ST. 02 S/NCENTRO
RIO TINTO

58297-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
009.02.149.0278	0	1	0	0	0	69406472
Hidrometro V16N124310	Data de Instalação 19/09/2016	Localização 1	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	MÊS. DE DIAS PROXIMA LEITURA		
103	103	0	30	25/08/2017	
MIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.					
JAN/2017	18	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS. CONFORMES
FEV/2017	18	0	COL.TOTAIS	28	38 38
MAR/2017	0	0	COL.TERMOT	0	0 0
ABR/2017	21	42	CLORO	28	38 38
MAI/2017	20	42	COR	10	30 30
JUN/2017	2	0	TURBIDEZ	28	38 38
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A:MAI/2017			

DATA DA LEITURA: 26/07/2017	HORA DA LEITURA: 12:54:47
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	30 36,84 R\$36,84
DE 11m A 20m	6 28,50 R\$28,50
TOTAIS	65,34
047-JUROS DE MORA	R\$1.74
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$1.83

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$6.04 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

06/08/2017

Total a Pagar:

R\$68,91

v. 16.11 R. 1.0

VERIFICACAO DE LEITURA: REALIZADA
VERIFICACAO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69406472	JUL/2017	06/08/2017	R\$68,91

32680000000-0 68910010826-5 94064720720-5 17000000002-7





Declaração do Proprietário do Veículo

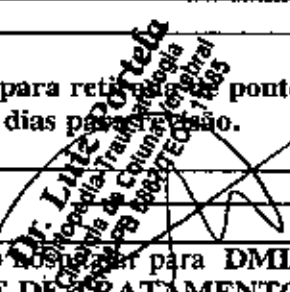
Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO,
RG nº 2968457, data de expedição 18/12/2001
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 068.609.134-52, com
domicílio na cidade de RIO TINTO, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PROJETADA, nº S/Nº,
complemento 11 ST. 02, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JAILSON ELIAS FERNANDES, cujo o condutor era
JAILSON ELIAS FERNANDES.

Veículo: HONDA
Modelo: CG 160 TITAN EX
Ano: 2017/2017
Placa: QFR6635/PB
Chassi: 9C2KC2210HR508344
Data do Acidente: 11/09/2017
Local e Data: RIO TINTO - PB, 28/03/2018

X Jailson Elias Fernandes
Assinatura do Declarante

X Jailson Elias Fernandes

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

Nome: <u>Wilson Elias Fernandes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação:			
<u>Fract. - Fêmur</u>		Documentação médica - hospit:	
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>NAFi - Dr. Leopoldo</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
<u>Operado em 15/08/17</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Reposo:			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retificação de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para avaliação.			
João Pessoa: <u>15</u> de <u>08</u> de <u>17</u>			
 Dr. Luiz Portela Médico de Família e Comunidade Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba CRM 10837/2017		Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento nos locais para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

Nome:			N de BE:		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Euf.:	Leito:	
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:		
Diagnóstico de Internação:					
Diagnóstico Definitivo:					
Diagnóstico Secundário:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
Biópsias:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
Orientações Pós Alta					
Dieta: _____					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: _____ de _____ de _____					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JAILSON ELIAS FERNANDES
DADOS DE NASCIMENTO 23/04/84
NOME DA MÃE MARIA OLINDINA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.026.663
Nº PRONTUARIO 104.214
DATA DO ATENDIMENTO 11/09/17
HORA DO ATENDIMENTO
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 4 hs. encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor intensa na coxa e perna D, além de ferimento na região cervical e tornozelo D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX da coxa D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento no tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. José Rodriguez no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 18/09/17
DATA DA EMISSÃO: 06/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1026663



Identificação do paciente						
ID 1209157	Nome JAILSON ELIAS FERNANDES			Sexo Masculino		
Data de nascimento 23/04/1984	Idade 33 anos 4 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe FRANCISCA ELIAS FERNANDES	Pai					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LUCIANA ALVES - OUTRO PARENTE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993272012	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2968457	Nº Cns 201132378940004				
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
E-mail	Naturalidade RIO TINTO	CBO/R				
Endereço						
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro CONJUNTO BOMFIM			
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 11/09/2017 10:29:02	Número da pulseira 1000005986445	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA 136	x 88	mmHg	Puls 89	Temperatura 37,8		
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<i>Paciente vítima de acidente motor X carro, consciente, orientado, suprimido encaminhado ao CDI</i>						
Diagnóstico						
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO						
Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Janelcia Nascimento Arruda Enfermeira COREN PB 366.348 01min 59seg						

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JAILSON ELIAS FERNANDES		BAE 1026663	Data/Hora Entrada 11/09/2017 10:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 23/04/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS 201132378840004	Telefone de Contato (83) 993272012
Mãe FRANCISCA ELIAS FERNANDES				Prontuário
Endereço CONJUNTO BOMFIM, SN		Bairro CENTRO	Município RIO TINTO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6913/PB	
Data/Hora Classificação 11/09/2017 10:29:02			Data/Hora Prescrição 11/09/2017 10:41:26	

anamnese

PCTE REFERE QUEDA DE MOTOCICLETA +-4 H QUEIXA SE DE DOR NA COXA DIR NEGA DESMAIO/VÔMITOS APRESENTA FERIMENTO NA REGIÃO CERVICAL E TORNÓZELO DIR RUDE OUTRO SERVIÇO EVIDENCIA FRATURA DO FEMUR DIR] SOLICITO RX, BLOCO CIRÚRGICO PARA INSTALAÇÃO DE TTE

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

em observação

Dr. Alisson F. F. Vieira
CRM 6913/PB
11/09/2017 10:41:26

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

JAILSON ELIAS FERNANDES



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

Serviço Social

Paciente acomodado no leito com
cat. férmeis, aguardando procedimento
cirúrgico no encontro com responsabilidade
sem queixas doloridas.

Juliana de Oliveira e Silva
Assistente Social
CRESS 123 4567



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HUP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Elias Fernandes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1026663

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

B. Braun / TMC

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulha de 30Gs

de 30Gs

ex 4,5

Para AP longa 10 unidades

Para fusos articulares

nº 30/1 - 34/3 - 36/2 - 38/2

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/17

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSRL

Nome: Jaílson da Silva Farias BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fx distal da tíbia da perna (D)
Cirurgião: Dr. Wladimir 1º Assistente: Dr. João Pessoa
2º Assistente: Dr. Marcos (R2) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Wladimir
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>(D) Fx distal da tíbia da perna (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>(D) Fx distal da tíbia da perna com NAFS +</u>	
<u>Fixação com placa - DIP 4,5mm +</u>	
<u>parafusos.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (x) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(x) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Wladimir
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9457

João Pessoa, 15/09/14



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 15/03/17

PRONTUÁRIO: 1023429

PACIENTE: JAILSON ELIAS FERNANDES SEXO: M COR: PD IDADE: 33 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL 150x80 PULS 75 bpm RESPIRAÇÃO CURVADO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO NDN AP. CIRCULATÓRIO NDN

AP. DIGESTIVO JEJUM ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO NEGA

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÊMUR DISTAL (D)

CIRURGIA REALIZADA TRATAM. CIRÚRGICO FRAT. FÊMUR DISTAL (D)

CIRURGIÃO DR. LEOPOLDO AUXILIARES DR. FREDERICO

INÍCIO DA ANESTESIA 9h TÉRMINO DA ANESTESIA 11:15h DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h15min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS Vanessa Franca de Sousa

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB Médica / CRM-PB 8287

Vanessa Franca de Sousa
Médica / CRM-PB 8287
CPF 064171374-65

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NO)ASCR.076

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: ELIAS FERREIRA
IDADE: 33 ANOS
CIRURGIÃO: DR. FREDERICO DE MENEZES
ANESTESIA: GLOTTICA E RAQUI
ANESTESISTA: DR. J. A. RIBEIRO
INSTRUMENTADOR: DR. J. A. RIBEIRO
DATA: 15-09-83
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 08:00
CIRURGIA INÍCIO: 11:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT. GLT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	5FG97	JELCO Nº20		FIO CAT. GLT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	SRL	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 L
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA	PVPÍ DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL	PVPÍ TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLAUTINA Nº	20 L
ISOFLURANO	PVPÍ TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLAUTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13x4,5	LUYA ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25x07	LUYA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLILECÁPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x08	LUYA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40x12	LUYA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDÍACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SOBO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUIN Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUIN Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUIN Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMBÔNIO	ATAJURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
Tiopental	ATAJURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	BOLSA P/OULOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HIMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. FAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CHEFAZOLIDA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPRIXONA SÓDICA	PLACA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONGIOSO	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONGIOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNETEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	CRINO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIĐROCORTISONA	CRINO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	RETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	TUPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		EQUIPAMENTOS	
PLASIL	TUPO TRANSF. SANGUE			() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE	TUPO MICROGOTAS			() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA	CONDUZ. DE PVFI			() CAPNÓGRAFO	
TENOXKAN	PARADRAPO			() CARDIOMONITOR	
	OZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	OZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO S/A Nº		() FOCO AUXILIAR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() FOCO CENTRAL	
	JELO Nº14	FIO ALGODÃO C/A Nº		() MICROSCOPIO	
	JELO Nº16			() OXÍMETRO DE PULSO	
				() T.P.A. INVASIVIDADE INFERIOR	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Aguilha de raquia de 25x08 para punção cardíaca nº 301-3413 36/2 - 35/2

Para punção cardíaca nº 301-3413 36/2 - 35/2

INGLASCIR 001-3



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em Dorsal, sob Anestesia
- 2) Ant-séptica + Assépsia
- 3) Posição de membros inferiores

Incisão:

- 1) Via de acesso lateral da coxa
- 2) Cuidados de hemostasia
- 3) Divulção por punção

Achados:

- 1) Ex difusão na pele femur 0

Conduta:

- 1) Lavagem da pele com álcool
- 2) Membro superior + Fixação com Placa DCP 4,5mm
10 Parafusos e 8 Parafusos corticais
- 3) Limpeza com SF 0,22.
- 4) Fechamento por pontos
- 5) Curativos periódicos
- 6) Rx de controle

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. João Pessoa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

João Pessoa, 15/09/14



RELATÓRIO DE CIRURGIA

11/25/14

Nome: João Elton Fernandes Data: 11/9/14
Idade: 33 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur
Cirurgião: Dr. Roberto A. Santos 1º Assistente: Dr. J. A. D.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. J. A. D.
Tipo de Anestesia: gda Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Roberto A. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14.711

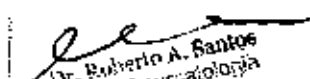
João Pessoa, 11/9/14

1 2

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	profunda e vertical
Achados:	Instabilidade fraca
Condução:	Tratamento conservador com gesso de 5 dias - 2 semanas Pessoal 7/55.
Fechamento:	/
Observação:	Fez fixação externa com perco - 8 dias e fixação de novo 2 semanas pelo corpo.

Médico/CRM:


Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM 1523

João Pessoa, 11/9/14



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Wilson Elias - portador(a)
da identidade RG Ferreira que, o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 _____, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um
período de 60 Semana dias, a partir
desta data.

João Pessoa.

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM-PR nº 06897
ASSINTEOT 11185

Nome do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

EU

autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

L'VIA-FACILENTE

2ª VIA ANEXA AO CONTRATO DE ATEUOINMENTO



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Aterido

*Aterido que faz
Elias, Fernando
necessário de 07
(sete) dias de afastamento do trabalho por motivo de doença, a partir da data acima*

*11
09
17*

[Signature]
Dr. Antonio Luiz da Silva
CRM 1616 / CPF 181.596.594-42
Médico de Família - Rua 20 - Rio Tinto - PB
Rua João Pessoa, 20 - Rio Tinto - PB

Mamanguape, ____/____/____



MAMANGUAPE

Profissional - Carimbo

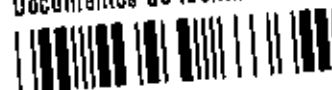

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 Número de Inscrição
068.609.134-52
 Nome
JAILSON ELIAS FERNANDES
 Nascimento
23/04/1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA P. 04
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO


Jailson Elias Fernandes
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL **2 9 6 8 4 5 7** DATA DE EXPEDIÇÃO **18 DEZ 2000**
 NOME **JAILSON ELIAS FERNANDES**
João Elias Fernandes
 FILIAÇÃO **Maria Olindina Fernandes**
Rio Tinto-PB **23.04.1984**
 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. nº 8.422-fls. 299v-liv. 8-A
DOC ORIGEM **Cart. de Rio Tinto-PB**
 CPF
 João Pessoa - PB

LEI Nº 7.118 DE 20.08.03

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENATRAN

DETRAN - PB

Nº 012974463098

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COB. FOM. DEPT. 202731500006994

1 011737552-5 00/00000000 2017

JAILSON ELIAS FERNANDES

CIT. ORJ.

06860913452

PLACA ANTAL

NOVO PB

9C2KC2210HR508344

ESPEC. TIPO

PAS/MOTOCICLE/NEO APPLIC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 160 TITAN EX

CAT. POT./CL.

2 P/162 /CT

COTA ÚNICA

PAPITIC

VERDELLHA

CATEGORIA

2017

COT. FREQUENTANTE

2017

COTA ÚNICA

00/00/0000

IPVA PAGO EM

0

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

0

P

V

A

A

A

A

A

A.F. ADM DE CONC. NACION HONDA LTDA

RIO TINTO-PB LOCAL

41036

11/05/2017

2472

PB Nº 012974463098 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/05/2017

VIA 06860913452

CIT. ORJ.

PLACA

QFR6635/PB

RENOV./AN.

0117375525

MARCA/MODELO

HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB.

2017

CAT. VEIC.

9

COTA ÚNICA

9C2KC2210HR508344

Nº CLASSE

2017

COTA ÚNICA

0

PREMIO TARIFÁRIO

0

P

V

A

A

A

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

2472-0901345-20170511

9102-2011

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225919/18
Vítima: JAILSON ELIAS FERNANDES
CPF: 068.609.134-52

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/09/2017
Titular do CPF: JAILSON ELIAS FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JAILSON ELIAS FERNANDES : 068.609.134-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/06/2018
Nome: JAILSON ELIAS FERNANDES
CPF/CNPJ: 068.609.134-52

Data do cadastramento: 22/06/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JAILSON ELIAS FERNANDES

Patricia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jaílson Elias Fernandes
DATA DO ACIDENTE 11/09/2017 CPF DA VÍTIMA 068.609.134-59
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Renata E. Fernandes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É viúva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Prof. Antonio Frutuoso Bernardes
Nº SN COMPLEMENTO BAIRRO Centro
CIDADE Rio Tinto UF PB CEP 58297-000
E-MAIL clubepe@gmail.com TELEFONE (83) 9911-0683

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/06/2018
IDENTIDADE 34141464 55DS/PP
ASSINATURA Renata E. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07/06/18 MATR. CORREIOS 84711494
NOME MARCO VINÍCIUS DE SOUSA E SILVA
ASSINATURA [assinatura]

Ministerio da Fazenda
Receita Federal
CPF

091.197.304-46
 RENATA ELIAS FERNANDES

23/04/1986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA R. 900
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Renata Elias Fernandes
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3441464 DATA DE EMISSÃO 07 MAI 2006

INFORMES RENATA ELIAS FERNANDES

PATRONO João Elias Fernandes
 Maria Olíndina Fernandes

Rio Tinto-PB 23/04/1986

NATURALIDADE Cert. Nasc. 9274, fls. 212v, liv. A-09-
 DOC. ORIGEM Cart. Rio Tinto-PB

DATA DE NASCIMENTO

CTP

Assinatura do Titular

LEI N.º 7.116 DE 29/03/83



RENATA ELIAS FERNANDES
RUA PROF ANTONIO FREIRE SETEPRADO, 501 - CENTRO
RIO TINTO/PA CEP: 65281000 (AQ 14)

Emissão: 18/05/2018 Referência: Mai/2018
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA (C) 11
Potivo: B - 258 - 710 - 3080 Nº medidor: 0309712191

energisa

ENERGISA S.A. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ nº 06.907.149/0001-00
CNPJ nº 06.907.149/0001-00 Ins. Est. 16.015.823-0

Vale Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 005 557 907
Cód. para DIB: Autenticação: 00013843644

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	16/05/2018	15/06/2018	9119730448

UC (Unidade Consumidora): 5/1384364-4

Canal de contato

- Toda Conta de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
- Sobre o serviço de Energia Elétrica em qualquer emergência ou falha, você terá acesso à segunda via da conta, mediante a sua solicitação.
- Informações sobre falhas de energia e diversos outros serviços.
- Não há custo para o cliente. Exatamente e adequadamente.
- Facilitamos

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/04/18	Data 16/05/18			
Leitura 4364	Leitura 4452		98	30

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
				Anterior	Atual	Diferença	Anterior	Atual	Diferença
0001 Consumo em kWh - 20kVA - 0,20		20.000	0,20	4.000,00	4.000,00	0,00	4.000,00	4.000,00	0,00
0002 Consumo em kWh - 100kVA - 0,20		20.000	0,20	4.000,00	4.000,00	0,00	4.000,00	4.000,00	0,00
0003 Adc. B. Amarelo		0,04	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010 Suspensão		21,57	21,57	465,87	465,87	0,00	465,87	465,87	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA (2018)		2,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA (2018)		1,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (2018)		0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002 Cancelamento Substituição		-23,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCF Código de Classificação do Item TOTAL 54,12 54,12 18,01 36,11 0,00 1,00

Média Últimos meses (kWh): 108 **VENCIMENTO 23/05/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 54,12**

Histórico de Consumo (kWh)

137	122	129	128	128	111	108	104	115	102	102	111
Mar/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO AO FISCO
6028.507c.e87b.c695.2ef4.2888.08c7.d285.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Descrição	Valor (R\$)	%
QUALIDADE	8,33	3,74	Remuneração da Energia	8,75	16,17
DESEMPENHO	1,55		Remuneração da Energia	10,00	18,48
DESEMPENHO	2,78		Remuneração da Energia	1,04	1,92
DESEMPENHO	3,81	1,00	Remuneração da Energia	2,43	4,49
DESEMPENHO	7,22		Remuneração da Energia	20,78	38,58
DESEMPENHO	14,44		Remuneração da Energia	0,00	0,00
DESEMPENHO	2,71	0,05			
DESEMPENHO	12,22				

ATENÇÃO

REAVISO: Cada mês, faturamos 100% do consumo em atraso, o faturamento do mês anterior é suspenso e parte de 81/05/2018. Conforme Resolução 474/2016, o faturamento após essa data não é mais a suspensão do faturamento, cada mês não será considerado ou as contas pagas não estarão na unidade consumidora para compensação. Caso essas faturas estejam pagas, deverão gerar essa compensação. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS DE REAVISOS, pois estas não são suspensas do faturamento e poderão ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 24 meses, desde a data de vencimento da fatura original e não paga.
Fatura suspensa e incluída em qualquer caso, não será considerada para o cálculo de reajuste.
Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 22,00.

Faturas em atraso

Abr/18 65,73
Mar/18 86,07

PARAIBA
Energisa
Potivo: B - 258 - 710 - 3080
Matrícula: 1384364-2018-05-0

VENCIMENTO 23/05/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 54,12**

83660000000-1 54120054000-6 13843642018-4 05300256019-0



Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendemos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RE: Produção: 13/03/2018

Intencionalmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Enciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

55 21 3861-4286



seguradoralider.com.br
da Assembleia, 100 - 21º andar
o - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904