



Número: **0800439-60.2018.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **11/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON ELIAS FERNANDES (AUTOR)		DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36843 106	19/11/2020 11:08	2763663_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180289044**

Vítima: **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

Pag. 01603/01604 - carta_01 - INVALIDEZ

00020802



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180289044**

Vítima: **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

Pag. 01029/01030 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13041992





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 de 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.

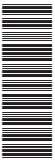
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00873/00874 - carta_16 - INVALIDEZ

00020437



Carta nº 13771261



Autorização de pagamento



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

FORNADORA DO RG Nº 2960457

EXPEDIDO POR SSP/PB

EM 18/12/2018

CPF 060609134-92 / CNPJ _____

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 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 na 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 Fundonal;
- 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 Lotéticas 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 SISPDPVAT 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 124 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº 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

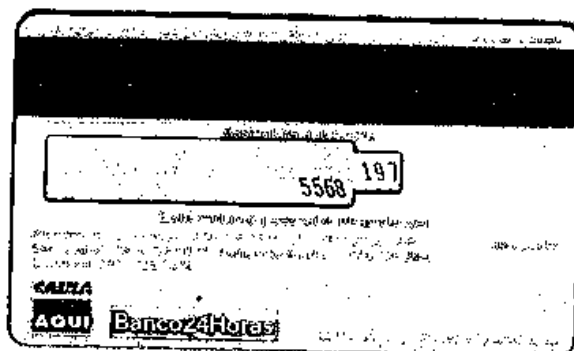
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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 tique para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:08:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911083121900000035164837>

Número do documento: 20111911083121900000035164837





GOVERNO
DA PARAÍBA



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, escrevê(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; *colou*
- 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, escrevê(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

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IL



Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, portador da carteira de identidade nº 2968457 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52, residente e domiciliado na AV. PROJETADA, S/Nº, 11 ST. 82, 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

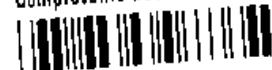
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RIO TINTO - PB, 28/03/2018

Local e data



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO

RG nº 2968457, data de expedição 10/12/2008 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/Prça)	<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, 28/03/2018

Assinatura do Declarante: Jailson Elias Fernandes



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Melchior Ciano, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INDIQUE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69406472

REFERÊNCIA

JUL/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

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

58297-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
009.02.149.0278	0	1	0	0	0	69406472
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N124310	19/09/2016	1	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	MEM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
103	103	0	30	25/08/2017		
MIST. DE CONS./ANOR. LEIT.			QUALID. DA AGUA-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			
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	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-ACRESCIMOS 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

REGISTRO DE LEITURA-REALIZADA
REGISTRO 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

3268000000-0 68910010026-5 94064720720-5 17000000002-7



Declaração do proprietário do ve



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
PARAIBA, 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)



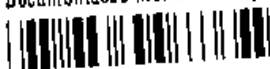


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico/Resumo de Alta



HEEISHL

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. Fechada</u>			
Diagnóstico Definitivo:		Documentação médica - hospit: 	
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 15/08/13</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 ret. _____ ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para _____.			
João Pessoa: <u>18 de 01 de 13</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento nos serviços para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:08:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911083121900000035164837>

Número do documento: 20111911083121900000035164837

Num. 36843106 - Pág. 11



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	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 bacteriologista:				
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.				

F(NG).APC.002-2





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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 PRONTUÁRIO 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 fêmur 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.

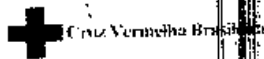
ALTA HOSPITALAR: 18/09/17
DATA DA EMISSÃO: 06/02/18

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1026663



Identificação do paciente						
ID	Nome			Sexo		
1209157	JAILSON ELIAS FERNANDES			Masculino		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário		
23/04/1984	33 anos 4 meses 19 dias					
Mãe	Pai					
FRANCISCA ELIAS FERNANDES						
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
	LUCIANA ALVES - OUTRO PARENTE					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo			
83	993272012					
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
RG (IDENTIDADE)	2968457	201132378840004				
Local de procedência	Tipo		UF			
MAMANGUAPE	MUNICÍPIO		PB			
Email	Naturalidade		CBO/R			
	RIO TINTO					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
56297000	RIO TINTO	PB	CONJUNTO BOMFIM			
Número	Complemento	Bairro				
SN		CENTRO				
Admissão						
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio				
11/09/2017 10:29:02	1000005986445	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	OUTRA UNIDADE DE SAÚDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Meio de transporte	Quem transportou					
AMBULANCIA						
Sinais Vitais						
PA	x	mmHg	Puls	Temperatura		
136	x	88	89	38,1		
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Paciente vítima de acidente motor X carro, consciente, orientado, expulso						
Incomunicado ao CDI						
Diagnóstico						
Atendido por						
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO						
Assinatura e Documento Arruda						
COREN-PB 366.348						
01min 59seg						

Imprimir

11/09/2017 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:08:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911083121900000035164837

Número do documento: 20111911083121900000035164837

Num. 36843106 - Pág. 14



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 201132376840004
Mãe FRANCISSCA ELIAS FERNANDES			Telefone de Contato (83) 993272012
Endereço CONJUNTO BOMFIM, SN	Bairro CENTRO	Município RIO TINTO	Prontuário
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 TORNOZELO DIR RX DE OUTRO SERVIÇO EVIDENCIA FRATURA DO FEMUR DIRJ 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

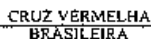
Conduta

em observação

Dr. Alisson F. Vieira
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 102666-3
2017-09-11 10:41:26

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

JAILSON ELIAS FERNANDES



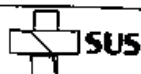
BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE _____

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
21/09/17	10:20h	# Serviço Soc: P # Paciente acomodado no leito com 01. fêmea, aguardando procedimento cirúrgico de encontro com acompanhamento sem queixas doloridas. Juliana da Oliveira e Silva Assistente Social CRESS 123456789

TISR





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

Jackson Elias Fernandes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1026663

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

7 - 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 gloque
ISO 603

ex 4,5

Placa CEP longa 10 pinos
para fusos antigos
n° 30/1 - 34/3 - 36/2 - 38/2

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/17

41 - DOCUMENTO

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

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: Jaílson Olim Figueira BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fx distal da tíbia da perna (D)
Cirurgião: Dr. Marcos 1º Assistente: Dr. João Pessoa
2º Assistente: Dr. Marcos (R) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Marcos
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>1) Fx distal da tíbia com NAFS +</u>	
<u>Fixação com placa - DIP 4,5 mm +</u>	
<u>parafusos.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

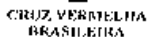
(x) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Marcos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 945

João Pessoa, 15/09/14

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



DATA: 15 103,17

PRONTUÁRIO: 102 341 29

PACIENTE: JAILSON ELIAS FERNANDES		SEXO: M COR: PD		IDADE: 33 ANOS	
PRESSÃO ARTERIAL 150x80		PULS 75 bpm		RESPIRAÇÃO EUPNEICA	
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		TEMPERATURA		PESO	
EXAMES COMPLEMENTARES VPM		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		GRUPO SANGÜÍNEO	
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 TETRA M. CIRURGICO 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	
ANESTESISTA DR. VANESSA F.		CPF		Vanessa Franca de Sousa	
				Médica / CRM-PB 8287	
				CPF 064171374-66	
☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANAL ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS					
1. BLOQ. DE N. FEMORAL G. AGUERA DE PLEXO 150 + NE (0.8) + 1 + 2					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. NOVOLIP 0.5% CIVASO - 20ml 2. LIDOCAÍNA 2% CIVASO - 20ml 3. BUTILCAÍNA ISOBARICA - 15ml 4. CEFTRIAXONA - 2g 5. DEXAMETASONA 2 (10mg) 6. DIPLOVA - 4g 7. MIDAZOLAM - 3mg + 2mg 8. FENILIL - 100mg 9. FENILIL 10.		11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
Vanessa Franca de Sousa Médica / CRM-PB 8287 CPF 064171374-66					



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: ELIAS FERREIRAS
IDADE: 33 ANOS
CIRURGO: DR. FREDERICO
CIRURGIÃO: DR. FREDERICO
ANESTESIA: GLOBALE E RAQUI
ANESTESISTA: DR. LUIZ CARLOS
INSTRUMENTADOR: DR. LUIZ CARLOS
DATA: 15/04/2009
TEMPO DE ANESTESIA: 0:00
CIRURGIA INÍCIO: 11:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS: (1) ALFENTANIL (2) BUPROPIVACAÍNA (3) LIDOCAÍNA (4) PROPOFOL (5) ROCURÔNIO (6) SEVOFLURANO (7) SUXAMETÔNIO (8) TIOPENTAL (9) ALFENTANIL (10) BUPROPIVACAÍNA (11) LIDOCAÍNA (12) PROPOFOL (13) ROCURÔNIO (14) SEVOFLURANO (15) SUXAMETÔNIO (16) TIOPENTAL (17) ALFENTANIL (18) BUPROPIVACAÍNA (19) LIDOCAÍNA (20) PROPOFOL (21) ROCURÔNIO (22) SEVOFLURANO (23) SUXAMETÔNIO (24) TIOPENTAL (25) ALFENTANIL (26) BUPROPIVACAÍNA (27) LIDOCAÍNA (28) PROPOFOL (29) ROCURÔNIO (30) SEVOFLURANO (31) SUXAMETÔNIO (32) TIOPENTAL (33) ALFENTANIL (34) BUPROPIVACAÍNA (35) LIDOCAÍNA (36) PROPOFOL (37) ROCURÔNIO (38) SEVOFLURANO (39) SUXAMETÔNIO (40) TIOPENTAL (41) ALFENTANIL (42) BUPROPIVACAÍNA (43) LIDOCAÍNA (44) PROPOFOL (45) ROCURÔNIO (46) SEVOFLURANO (47) SUXAMETÔNIO (48) TIOPENTAL (49) ALFENTANIL (50) BUPROPIVACAÍNA (51) LIDOCAÍNA (52) PROPOFOL (53) ROCURÔNIO (54) SEVOFLURANO (55) SUXAMETÔNIO (56) TIOPENTAL (57) ALFENTANIL (58) BUPROPIVACAÍNA (59) LIDOCAÍNA (60) PROPOFOL (61) ROCURÔNIO (62) SEVOFLURANO (63) SUXAMETÔNIO (64) TIOPENTAL (65) ALFENTANIL (66) BUPROPIVACAÍNA (67) LIDOCAÍNA (68) PROPOFOL (69) ROCURÔNIO (70) SEVOFLURANO (71) SUXAMETÔNIO (72) TIOPENTAL (73) ALFENTANIL (74) BUPROPIVACAÍNA (75) LIDOCAÍNA (76) PROPOFOL (77) ROCURÔNIO (78) SEVOFLURANO (79) SUXAMETÔNIO (80) TIOPENTAL (81) ALFENTANIL (82) BUPROPIVACAÍNA (83) LIDOCAÍNA (84) PROPOFOL (85) ROCURÔNIO (86) SEVOFLURANO (87) SUXAMETÔNIO (88) TIOPENTAL (89) ALFENTANIL (90) BUPROPIVACAÍNA (91) LIDOCAÍNA (92) PROPOFOL (93) ROCURÔNIO (94) SEVOFLURANO (95) SUXAMETÔNIO (96) TIOPENTAL (97) ALFENTANIL (98) BUPROPIVACAÍNA (99) LIDOCAÍNA (100) PROPOFOL (101) ROCURÔNIO (102) SEVOFLURANO (103) SUXAMETÔNIO (104) TIOPENTAL (105) ALFENTANIL (106) BUPROPIVACAÍNA (107) LIDOCAÍNA (108) PROPOFOL (109) ROCURÔNIO (110) SEVOFLURANO (111) SUXAMETÔNIO (112) TIOPENTAL (113) ALFENTANIL (114) BUPROPIVACAÍNA (115) LIDOCAÍNA (116) PROPOFOL (117) ROCURÔNIO (118) SEVOFLURANO (119) SUXAMETÔNIO (120) TIOPENTAL (121) ALFENTANIL (122) BUPROPIVACAÍNA (123) LIDOCAÍNA (124) PROPOFOL (125) ROCURÔNIO (126) SEVOFLURANO (127) SUXAMETÔNIO (128) TIOPENTAL (129) ALFENTANIL (130) BUPROPIVACAÍNA (131) LIDOCAÍNA (132) PROPOFOL (133) ROCURÔNIO (134) SEVOFLURANO (135) SUXAMETÔNIO (136) TIOPENTAL (137) ALFENTANIL (138) BUPROPIVACAÍNA (139) LIDOCAÍNA (140) PROPOFOL (141) ROCURÔNIO (142) SEVOFLURANO (143) SUXAMETÔNIO (144) TIOPENTAL (145) ALFENTANIL (146) BUPROPIVACAÍNA (147) LIDOCAÍNA (148) PROPOFOL (149) ROCURÔNIO (150) SEVOFLURANO (151) SUXAMETÔNIO (152) TIOPENTAL (153) ALFENTANIL (154) BUPROPIVACAÍNA (155) LIDOCAÍNA (156) PROPOFOL (157) ROCURÔNIO (158) SEVOFLURANO (159) SUXAMETÔNIO (160) TIOPENTAL (161) ALFENTANIL (162) BUPROPIVACAÍNA (163) LIDOCAÍNA (164) PROPOFOL (165) ROCURÔNIO (166) SEVOFLURANO (167) SUXAMETÔNIO (168) TIOPENTAL (169) ALFENTANIL (170) BUPROPIVACAÍNA (171) LIDOCAÍNA (172) PROPOFOL (173) ROCURÔNIO (174) SEVOFLURANO (175) SUXAMETÔNIO (176) TIOPENTAL (177) ALFENTANIL (178) BUPROPIVACAÍNA (179) LIDOCAÍNA (180) PROPOFOL (181) ROCURÔNIO (182) SEVOFLURANO (183) SUXAMETÔNIO (184) TIOPENTAL (185) ALFENTANIL (186) BUPROPIVACAÍNA (187) LIDOCAÍNA (188) PROPOFOL (189) ROCURÔNIO (190) SEVOFLURANO (191) SUXAMETÔNIO (192) TIOPENTAL (193) ALFENTANIL (194) BUPROPIVACAÍNA (195) LIDOCAÍNA (196) PROPOFOL (197) ROCURÔNIO (198) SEVOFLURANO (199) SUXAMETÔNIO (200) TIOPENTAL (201) ALFENTANIL (202) BUPROPIVACAÍNA (203) LIDOCAÍNA (204) PROPOFOL (205) ROCURÔNIO (206) SEVOFLURANO (207) SUXAMETÔNIO (208) TIOPENTAL (209) ALFENTANIL (210) BUPROPIVACAÍNA (211) LIDOCAÍNA (212) PROPOFOL (213) ROCURÔNIO (214) SEVOFLURANO (215) SUXAMETÔNIO (216) TIOPENTAL (217) ALFENTANIL (218) BUPROPIVACAÍNA (219) LIDOCAÍNA (220) PROPOFOL (221) ROCURÔNIO (222) SEVOFLURANO (223) SUXAMETÔNIO (224) TIOPENTAL (225) ALFENTANIL (226) BUPROPIVACAÍNA (227) LIDOCAÍNA (228) PROPOFOL (229) ROCURÔNIO (230) SEVOFLURANO (231) SUXAMETÔNIO (232) TIOPENTAL (233) ALFENTANIL (234) BUPROPIVACAÍNA (235) LIDOCAÍNA (236) PROPOFOL (237) ROCURÔNIO (238) SEVOFLURANO (239) SUXAMETÔNIO (240) TIOPENTAL (241) ALFENTANIL (242) BUPROPIVACAÍNA (243) LIDOCAÍNA (244) PROPOFOL (245) ROCURÔNIO (246) SEVOFLURANO (247) SUXAMETÔNIO (248) TIOPENTAL (249) ALFENTANIL (250) BUPROPIVACAÍNA (251) LIDOCAÍNA (252) PROPOFOL (253) ROCURÔNIO (254) SEVOFLURANO (255) SUXAMETÔNIO (256) TIOPENTAL (257) ALFENTANIL (258) BUPROPIVACAÍNA (259) LIDOCAÍNA (260) PROPOFOL (261) ROCURÔNIO (262) SEVOFLURANO (263) SUXAMETÔNIO (264) TIOPENTAL (265) ALFENTANIL (266) BUPROPIVACAÍNA (267) LIDOCAÍNA (268) PROPOFOL (269) ROCURÔNIO (270) SEVOFLURANO (271) SUXAMETÔNIO (272) TIOPENTAL (273) ALFENTANIL (274) BUPROPIVACAÍNA (275) LIDOCAÍNA (276) PROPOFOL (277) ROCURÔNIO (278) SEVOFLURANO (279) SUXAMETÔNIO (280) TIOPENTAL (281) ALFENTANIL (282) BUPROPIVACAÍNA (283) LIDOCAÍNA (284) PROPOFOL (285) ROCURÔNIO (286) SEVOFLURANO (287) SUXAMETÔNIO (288) TIOPENTAL (289) ALFENTANIL (290) BUPROPIVACAÍNA (291) LIDOCAÍNA (292) PROPOFOL (293) ROCURÔNIO (294) SEVOFLURANO (295) SUXAMETÔNIO (296) TIOPENTAL (297) ALFENTANIL (298) BUPROPIVACAÍNA (299) LIDOCAÍNA (300) PROPOFOL (301) ROCURÔNIO (302) SEVOFLURANO (303) SUXAMETÔNIO (304) TIOPENTAL (305) ALFENTANIL (306) BUPROPIVACAÍNA (307) LIDOCAÍNA (308) PROPOFOL (309) ROCURÔNIO (310) SEVOFLURANO (311) SUXAMETÔNIO (312) TIOPENTAL (313) ALFENTANIL (314) BUPROPIVACAÍNA (315) LIDOCAÍNA (316) PROPOFOL (317) ROCURÔNIO (318) SEVOFLURANO (319) SUXAMETÔNIO (320) TIOPENTAL (321) ALFENTANIL (322) BUPROPIVACAÍNA (323) LIDOCAÍNA (324) PROPOFOL (325) ROCURÔNIO (326) SEVOFLURANO (327) SUXAMETÔNIO (328) TIOPENTAL (329) ALFENTANIL (330) BUPROPIVACAÍNA (331) LIDOCAÍNA (332) PROPOFOL (333) ROCURÔNIO (334) SEVOFLURANO (335) SUXAMETÔNIO (336) TIOPENTAL (337) ALFENTANIL (338) BUPROPIVACAÍNA (339) LIDOCAÍNA (340) PROPOFOL (341) ROCURÔNIO (342) SEVOFLURANO (343) SUXAMETÔNIO (344) TIOPENTAL (345) ALFENTANIL (346) BUPROPIVACAÍNA (347) LIDOCAÍNA (348) PROPOFOL (349) ROCURÔNIO (350) SEVOFLURANO (351) SUXAMETÔNIO (352) TIOPENTAL (353) ALFENTANIL (354) BUPROPIVACAÍNA (355) LIDOCAÍNA (356) PROPOFOL (357) ROCURÔNIO (358) SEVOFLURANO (359) SUXAMETÔNIO (360) TIOPENTAL (361) ALFENTANIL (362) BUPROPIVACAÍNA (363) LIDOCAÍNA (364) PROPOFOL (365) ROCURÔNIO (366) SEVOFLURANO (367) SUXAMETÔNIO (368) TIOPENTAL (369) ALFENTANIL (370) BUPROPIVACAÍNA (371) LIDOCAÍNA (372) PROPOFOL (373) ROCURÔNIO (374) SEVOFLURANO (375) SUXAMETÔNIO (376) TIOPENTAL (377) ALFENTANIL (378) BUPROPIVACAÍNA (379) LIDOCAÍNA (380) PROPOFOL (381) ROCURÔNIO (382) SEVOFLURANO (383) SUXAMETÔNIO (384) TIOPENTAL (385) ALFENTANIL (386) BUPROPIVACAÍNA (387) LIDOCAÍNA (388) PROPOFOL (389) ROCURÔNIO (390) SEVOFLURANO (391) SUXAMETÔNIO (392) TIOPENTAL (393) ALFENTANIL (394) BUPROPIVACAÍNA (



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① PdT em Delt, 503 Nervos
- ② Anti-Spasm + Assupção
- ③ Assupção de Camarões usinados

Incisão:

- ① Via de acesso lateral da coxa
- ② Curvatura da musculatura
- ③ Divulgação por pontos

Achados:

- ① Fx diffractura os fêmur ②

Conduta:

- ① preparação da pele e fêmur
- ② Moagem da cabeça + fixação com placa DCP 4,5mm
- ③ 10 pontos e 8 pontos contínuos
- ④ Limpeza com SF 0,22.
- ⑤ Fechamento por pontos
- ⑥ Contútilos internos
- ⑦ Rx de controle

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 15/09/14

Médico/CRM:

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 9456

F(NG).ASCIR-009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

11/20/20

Nome: João Elias Fernandes Data: 11/9/17
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. D. D.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Glauco
Tipo de Anestesia: sedação 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: 111111

João Pessoa, 11/9/17

F(NG).ASCIR.0(19-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/09/2017

PRONTUÁRIO: 1026663

PACIENTE: Jackson Fernandes

SEXO: M

COR: Pardo

IDADE: 33a

PRESSÃO ARTERIAL (PULSO) RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: MILD LIRA AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO: regular ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO: Verum ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE AGORA: Verum

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Cirurgia transtomática orelha de MLD

CIRURGIA REALIZADA: Cirurgia transtomática orelha de MLD

CIRURGIÃO: Verum

INÍCIO DA ANESTESIA: Verum

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Verum

ANESTESISTA: Glauco

CPF

VALORES RS

CRM-PB

Dr. Glauco Pires
ANESTESISTA

AGENTES: 11.35

O₂

N₂O

DOS

VALORES

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

N₂O

O₂

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 100ml de Propofol 100mg/ml
2. 100ml de Sufentanil 200mcg/ml
3. 100ml de Fentanyl 500mcg/ml
4. 100ml de Midazolam 10mg/ml
5. 100ml de Rocuronio 10mg/ml
6. 100ml de Vecuronio 10mg/ml
7. 100ml de Cisatracurium 10mg/ml
8. 100ml de Rocuronio 10mg/ml
9. 100ml de Vecuronio 10mg/ml
10. 100ml de Cisatracurium 10mg/ml

11. 100ml de Propofol 100mg/ml
12. 100ml de Sufentanil 200mcg/ml
13. 100ml de Fentanyl 500mcg/ml
14. 100ml de Midazolam 10mg/ml
15. 100ml de Rocuronio 10mg/ml
16. 100ml de Vecuronio 10mg/ml
17. 100ml de Cisatracurium 10mg/ml
18. 100ml de Rocuronio 10mg/ml
19. 100ml de Vecuronio 10mg/ml
20. 100ml de Cisatracurium 10mg/ml

DESTINO DO PACIENTE
[] APT* [] ENFERMARIA
[] UTI [] RESIDÊNCIA
[] OUTROS: UPA

DESCRIÇÃO DE Ocorrências IMPORTANTES
Sedação Paciente monitorizada e respiração espontânea com suporte de O₂.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Glauco Pires
ANESTESISTA



Nota de Sala Cirúrgica

18

NOME DO PACIENTE: Paulo Elias Fernandes

IDADE: 33 BE: BR SEXO: M DATA: 20/06/20 CÉDULA: 63

CIRURGIA: maior resecção esquelética em MTP

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Santos

ANESTESIA: Sedação

ANESTESISTA: Dr. Gledson + Roberto (R)

INSTRUMENTADOR: Dr. Roberto

ASSISTENTE: Dr. Roberto

INÍCIO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (ANESTESIA) - ASA 1 (1) ASA 2 (2) ASA 3 (3) ASA 4 (4) ASA 5 (5) ASA 6 (6) ASA 7 (7) ASA 8 (8) ASA 9 (9) ASA 10 (10)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: CONTAMINADA (1) INFECTADA (2) POTENCIALMENTE CONTAMINADA (3)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	50 500ml	JELCO Nº20		FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	50 2L	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7.5		FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAM		LUVAS ESTÉRIL Nº8.0		FITA CARDÍACA	
MORFINA		LUVAS ESTÉRIL Nº8.5		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NIMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	CATETER DE PIC	
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA		PERFORADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPÓFOL		SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
KAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML	OK	FIO STEINMAN Nº	4,5
SEVOFLURANO		SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº3		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTRINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDRIJINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FUROSEMIDA		SONDA LIRETRAI. Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDO. TRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
INDOCORTISONA		TUBO ENDO. TRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDO. TRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDAS ENTRONA		TUBO SILICONE (LATEX)		EQUIPAMENTOS	
PLASIL				() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE				() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA				() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN				() CARDIOMONITOR	
				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCÓPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				() PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:08:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911083121900000035164837

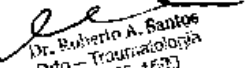
Número do documento: 20111911083121900000035164837



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	profunda e anteroposterior
Achados:	fratura exposta
Conduta:	Instalado Gesso traumatológico com gesso de 8x12 - D cabeça PESO 75kg.
Fechamento:	
Observação:	Ferimento anterior do percurso da fratura e fratura da cabeça da mandíbula pelo corpo.

Médico/CRM:


Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM 1503

João Pessoa, 11/11/14

F(NG).ASCIR.009-1





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Aterido

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

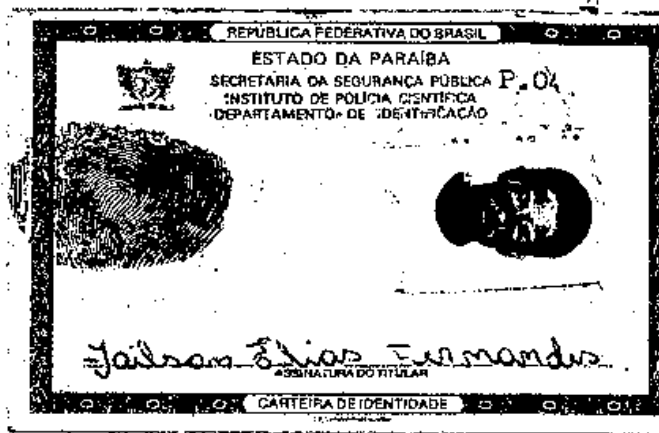
*11
09
17*

Dr. Antonio Luiz da Silva
CRM 1616 / CPF 181.596.594-49
Médico de Família - Matr. 2261-3369
R. João Pessoa, 20 - Rio Tinto - PB

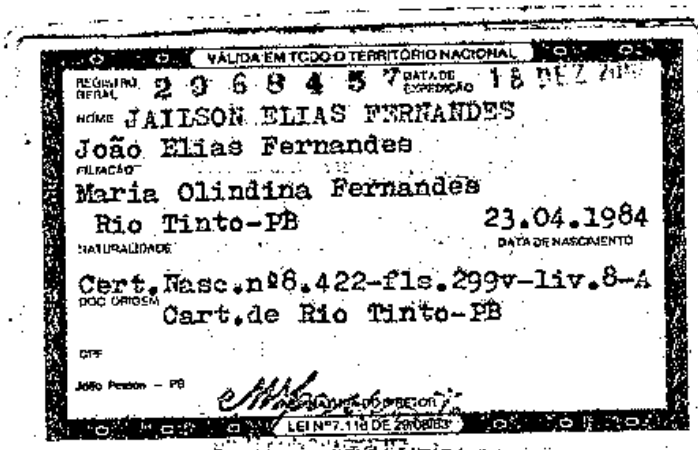
Mamanguape, ____/____/____

Profissional - Carimbo





Documentos de identificação



FRANCISCA ELIAS DA SILVA
RUA PROLETARIA, 84/100 - BOQUEIRÃO
ROD. BR-017, KM 100 - JARDIM
EMAPAU, 1608/2017 - Referência: 08/08/2017
CNPJ: 08.000.000/0001-00
Ramo: 8.249-710-2900 - N.º de inscrição: 000002083

OSCAR MORAES, 0211800001-00
RUA SERRA, 100 - JARDIM
EMAPAU, 1608/2017 - Referência: 08/08/2017
CNPJ: 08.000.000/0001-00
Ramo: 8.249-710-2900 - N.º de inscrição: 000002083

Assinatura do Cliente: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
Assinatura do Cliente: OSCAR MORAES
Assinatura do Cliente: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
Assinatura do Cliente: OSCAR MORAES
Assinatura do Cliente: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
Assinatura do Cliente: OSCAR MORAES

Assinatura do Cliente: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
Assinatura do Cliente: OSCAR MORAES
Assinatura do Cliente: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
Assinatura do Cliente: OSCAR MORAES
Assinatura do Cliente: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
Assinatura do Cliente: OSCAR MORAES

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Outs
Data	Labura	Data	Labura	
16/07/17	16/07/17	16/07/17	16/07/17	
001	001	001	001	001
002	002	002	002	002
003	003	003	003	003
004	004	004	004	004
005	005	005	005	005
006	006	006	006	006
007	007	007	007	007
008	008	008	008	008
009	009	009	009	009
010	010	010	010	010
011	011	011	011	011
012	012	012	012	012
013	013	013	013	013
014	014	014	014	014
015	015	015	015	015
016	016	016	016	016
017	017	017	017	017
018	018	018	018	018
019	019	019	019	019
020	020	020	020	020
021	021	021	021	021
022	022	022	022	022
023	023	023	023	023
024	024	024	024	024
025	025	025	025	025
026	026	026	026	026
027	027	027	027	027
028	028	028	028	028
029	029	029	029	029
030	030	030	030	030
031	031	031	031	031
032	032	032	032	032
033	033	033	033	033
034	034	034	034	034
035	035	035	035	035
036	036	036	036	036
037	037	037	037	037
038	038	038	038	038
039	039	039	039	039
040	040	040	040	040
041	041	041	041	041
042	042	042	042	042
043	043	043	043	043
044	044	044	044	044
045	045	045	045	045
046	046	046	046	046
047	047	047	047	047
048	048	048	048	048
049	049	049	049	049
050	050	050	050	050
051	051	051	051	051
052	052	052	052	052
053	053	053	053	053
054	054	054	054	054
055	055	055	055	055
056	056	056	056	056
057	057	057	057	057
058	058	058	058	058
059	059	059	059	059
060	060	060	060	060
061	061	061	061	061
062	062	062	062	062
063	063	063	063	063
064	064	064	064	064
065	065	065	065	065
066	066	066	066	066
067	067	067	067	067
068	068	068	068	068
069	069	069	069	069
070	070	070	070	070
071	071	071	071	071
072	072	072	072	072
073	073	073	073	073
074	074	074	074	074
075	075	075	075	075
076	076	076	076	076
077	077	077	077	077
078	078	078	078	078
079	079	079	079	079
080	080	080	080	080
081	081	081	081	081
082	082	082	082	082
083	083	083	083	083
084	084	084	084	084
085	085	085	085	085
086	086	086	086	086
087	087	087	087	087
088	088	088	088	088
089	089	089	089	089
090	090	090	090	090
091	091	091	091	091
092	092	092	092	092
093	093	093	093	093
094	094	094	094	094
095	095	095	095	095
096	096	096	096	096
097	097	097	097	097
098	098	098	098	098
099	099	099	099	099
100	100	100	100	100

COI Código de Classificação de Item TOTAL 08,07 01,25 21,25 0,75 3,12
Atividade: 08/08/2017
VENCIMENTO 23/08/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 68,67
Histórico de Consumo (MM)



RECEITA FISCAL DE SERVIÇOS
NOME DO EMISSOR: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
NOME DO RECEBENTE: FRANCISCA ELIAS DA SILVA
CPF DO EMISSOR: 068.609.34-52
CPF DO RECEBENTE: 068.609.34-52
VALOR DO SERVIÇO: R\$ 68,67
DATA DE EMISSÃO: 23/08/2017
LOCAL DE EMISSÃO: JARDIM EMAPAU, 1608/2017

10/05



OUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS COMARCAS	
DETRAN - PB Nº 012974463098 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
PLACA 06860913452		CHASSI 9C2K2210HRS08344	
ESPECIE TIPO MONO		COMBUSTIVEL ALCO/GRASOL	
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX		ANO FAB 2017	
CATEGORIA 2 P/162 /CT		ANO MOD 2017	
VEIC. COTA UNICA 00/00/0000		VEIC. COTA 6 2º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0		PREMIO TOTAL (R\$) 0	
DATA DE PAGAMENTO 09/05/2017		DATA DE EMISSÃO 11/05/2017	
SEGURADORA LIDER - DPVAT Cnpj 09.290.608/0001-04			
ESTADO RIO TINTO - PB			
DATA 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			
RENAVAM 0117375525		PLACA 06860913452	
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX		CHASSI 9C2K2210HRS08344	
ANO FAB 2017		ANO MOD 2017	
VEIC. COTA UNICA 00/00/0000		VEIC. COTA 6 2º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0		PREMIO TOTAL (R\$) 0	
DATA DE PAGAMENTO 09/05/2017		DATA DE EMISSÃO 11/05/2017	
2472-0901345-20170511			

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 cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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 Jailson 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 REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARIENTESCO COM
A VÍTIMA É irmã
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Prof. Antonio Freire Serrano
Nº SN COMPLEMENTO BAIRRO Centro
CIDADE Rio Tinto UF PB CEP 58297-000
E-MAIL clubepe@gmail.com TELEFONE (83) 99111-0683

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL); ATENDIDA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ () COMPROVANTES (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, ACESSE WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/06/2018

IDENTIDADE 3443464 SSS/PP

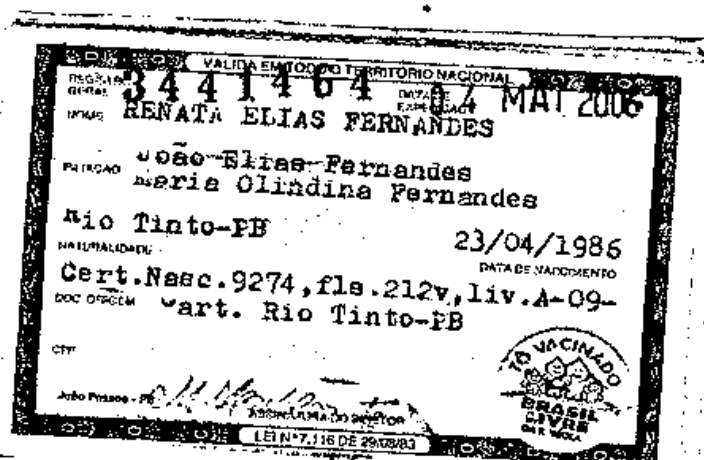
ASSINATURA Renata E. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07/06/18 MATR. CORREIOS 86111149

NOME MARLISON DE SOUSA SILVA

ASSINATURA [assinatura]





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.

Vota 1993/ Contrato Energía Eléctrica 557 927
Céd. merc. 156. Aut. merc. 1993/174

| | | | |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-------------------|
| 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

• Tercer Social de Empresa Eléctrica: 1982 (a crédito) La
 16 438, de 20 de abril de 2002
 Se trata de una empresa que en sus actividades tiene como objeto
 la explotación de la energía eléctrica en sus instalaciones y en las
 de terceros, así como la explotación de las líneas de transmisión
 de energía eléctrica y la explotación de las centrales eléctricas
 de energía eléctrica.

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|------------------------|-------------------------------|------------|-----------|-----------|---------|--------|
| Data | Letra | Data | Letra | | | |
| 19/04/18 | 4394 | 19/05/18 | 4495 | | | |
| Demonstrativo | | | | | | |
| 001 | Detalhado | Quantidade | Valor | Zerado | Ant. e | Atual |
| | | Unidade | Valor | Valor | Valor | Valor |
| 0001 | Consumo em 2018-01-01 | 20.000 | 2.000,00 | 2.000 | 2.000 | 2.000 |
| 0002 | Consumo em 2018-01-01 | 20.000 | 2.000,00 | 2.000 | 2.000 | 2.000 |
| 0003 | Adic. B. Amortiz. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0004 | Sucesso | 2.000 | 2.000,00 | 2.000 | 2.000 | 2.000 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0005 | CONTABILIZACAO PUBLICA | 2.000 | 2.000,00 | 2.000 | 2.000 | 2.000 |
| 0006 | JUROS DE MORA TRATOS | 2.000 | 2.000,00 | 2.000 | 2.000 | 2.000 |
| 0007 | MULTA 02/2018 | 1.000 | 1.000,00 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| 0008 | ATUALIZACAO MONETARIA 02/2018 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0009 | Cancelamento Sucesso | -2.000 | -2.000,00 | -2.000 | -2.000 | -2.000 |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| GR. Custo de Classificação do Item | TOTAL | 54,12 | 54,29 | 10,07 | 99,23 | 0,30 | 1,00 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Média Últimos meses (RWh) | VENCIMENTO
23/05/2018 | TOTAL A PAGAR
R\$ 54,12 |
| 108 | | |

Historico de Consumo (kW)

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 137 | 122 | 129 | 126 | 128 | 111 | 108 | 104 | 115 | 102 | 102 | 111 |
| Apr17 | Jun17 | Jul17 | Aug17 | Sep17 | Oct17 | Nov17 | Dec17 | Jan18 | Feb18 | Mar18 | Apr18 |

RESERVADO AO FISCO
6d28.507c.e87b.c695.2e14.2888.08c7.d285

[illegible]

Wax on Elusio 312019191382

ATENÇÃO

[illegible]

| | |
|-------------------|-------|
| Faturas em atraso | |
| Abri/18 | 65,73 |
| Mar/18 | 86,07 |

PARABÁ
A emergência:
Roteiro: 06-258-710-3000
Matrícula: 1384954-2018-15-2

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

83660000000-1 54120054000-6 13843642018-4 05300256018-0



quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

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

João 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: RES: Produção: 13/03/2018

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

enciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

55 21 3861-4286



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

