

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004950 Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004950

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004950

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

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 interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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



IRTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Elisael de Franca Alexandre

6 - CPF:

105.567.124-20

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Ambrosio Fernando Brandão 279

9 - Número:

279

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Popular

12 - Cidade:

Santa Rita

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.929-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3122

013

CONTA: 00033857

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Elisael de Franca Alexandre

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



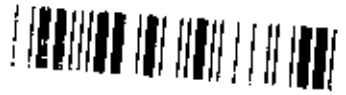


Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original, apresentado. Em testemunho da verdade.
 Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:24
 Cinthia Santos Contador - Substituta
 [2019-005860] EMOL:R\$ 2,40 FAPEN:R\$ 0,29 FAPEN:R\$ 0,12
 SEL0 DIGITAL: A1162129-RZIN
 Confira a autenticidade em <https://www.tribpb.jus.br>

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00516.01.2019.1.05.000

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00516.01.2019.1.05.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:01 horas do dia 25 de novembro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Jairo Leonardo Régis Santos, Agente de Investigação, matrícula 1819658, ao final assinado, compareceu **Misael de França Alexandre**, conhecido(a) por Pel, CNH nº 06561447010, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria Imaculada de Santana e Elias de França Alexandre, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/05/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ambrósio Fernando Brandão, Nº 279, bairro: Alto das Populares, tendo como ponto de referência A Praça da Vitória, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99331-4286.

Dados do(s) Fatos:

Local: Em Frente À Fábrica Alpargatas, Santa Rita/PB, bairro Planalto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/08/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE COMPARECEU, O NOTICIANTE, A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A FIM DE FAZER REGISTRAR QUE EM DATA, HORA E LOCAL JÁ ESPECIFICADOS, VEIO A ENVOLVER-SE EM UM ACIDENTE DE MOTO DO QUAL RESTOU LESIONADO FISICAMENTE. QUE VINHA O NOTICIANTE PILOTANDO UMA MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, 2015/2016, DE COR VERMELHA E DE PLACAS OEU-8261/PB E DE CHASSI: 9C2KC2200GR016853, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JOSEMAR DA SILVA BENTO INSCRITO NO CPF SOB O N.: 051.915.174-74, A QUEM HAVIA PEDIDO EMPRESTADO A MOTO NAQUELA NOITE. QUE O NOTICIANTE GUIAVA A MOTO NO LOCAL ACIMA DESCRIMINADO TRANSITANDO NO SENTIDO VINDO DA BR EM DIREÇÃO AO CENTRO DE SANTA RITA QUANDO FOI SURPREENDIDO PELA AÇÃO INADVERTIDA DE ALGUÉM QUE TAMBÉM PILOTANDO UMA MOTO SUPOSTAMENTE DE 150 CILINDRADAS, DE COR PRETA, QUE ABRUPTAMENTE INVADIU A MÃO CONTRÁRIA VINDO A CHOCAR-SE FRONTALMENTE COM A MOTO PILOTADA PELO NOTICIANTE. QUE EM FUNÇÃO DA VIOLÊNCIA PRODUZIDA PELO ABARROAMENTO O NOTICIANTE FOI PROJETADO A CERCA DE 05 (CINCO) MÉTROS DISTANTE DO LOCAL ONDE SE DEU A COLISÃO, E AO CAIR AO SOLO, JÁ DE IMEDIATO, PERDEU OS SENTIDOS ASSIM PERMANECENDO ATÉ RECEBER ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA APÓS APROXIMADAMENTE 2 (DUAS) HORAS APÓS O MOMENTO DO ACIDENTE. QUE NÃO SE CONSEGUIU ATENDIMENTO NO LOCAL DO ACIDENTE PELO SAMU TENDO O NOTICIANTE SIDO REMOVIDO ATÉ A UPA DE TIBIRI EM CARRO PARTICULAR DE UM VIZINHO SENDO ACOMPANHADO POR SUA ESPOSA, A SENHORA ANA CLÁUDIA AURELIANO DE SOUZA FRANÇA. QUE DA UPA DE TIBIRI FOI TRANSFERIDO EM AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA ONDE DEU ENTRADA CONSCIENTE E ORIENTADO, JÁ A 00h31min DO DIA 02/08/2019. QUE FOI SUBMETIDO AOS EXAMES DE PRAXE PARA O CASO, SENDO REALIZADA UMA SUTURA NO SEU PÉ ESQUERDO E APÓS SER MEDICADO FOI LIBERADO AINDA NAQUELA MESMA MADRUGADA.

Sendo o, que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

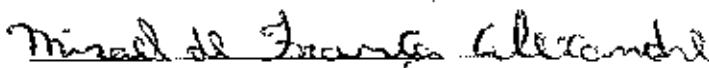
Misael de França Alexandre

Procedimento Policial: 00516.01.2019.1.05.000



Santa Rita/PB, 25 de novembro de 2019.


JAIRO LEONARDO REGIS SANTOS
Agente de Investigação


MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE
Noticiante



Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1ª Tabelionato do Protesto de Letras
1ª Oficina de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3228-2252
C.N.P.J.: 09.308.628/0001-93

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Ex. testemunho da verdade.

Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:24

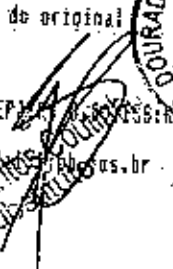
Cinthia Santos Coutinho - Substituta

2019-0058597-EMUL:R\$ 2,48 FAPEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 0,29

SELO DIGITAL: A3162128-JUNC

Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.us.br>




Cinthia Santos Coutinho
Substituta

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Misael de Franco Alexandre, portador da carteira de identidade nº 3.813.632-90/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 405.567.124-20, residente e domiciliado na Rua Ambrosio Fernando Brandão, 279, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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 Lider 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.

Misael de Franco Alexandre

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita 28 de Dezembro 2019

Local e data

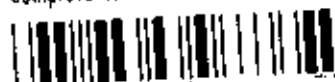
BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundária de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal de energia elétrica : : Nº 035.180.855

Comprovante de residência



Energisa

10% desconto (10% a 12/2019)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Av. ... km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

ALUIZIO CRISPIN
RUA AMBROSIO FERNANDO BRANDAO 279
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/122698-4

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

05/12/2019

CONSUMO

180

VENCIMENTO

12/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,83

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00008 02624.912008 09260.762175 4 81010000013183

Pagador: ALUIZIO CRISPIN CNPJ/CPF: 885.316.804-91

RUA AMBROSIO FERNANDO BRANDAO 279 - CENTRO - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número

Nr Documento

Data Vencimento

Valor do Documento

Valor Pago

26249120009260762

000122698201912

12/12/2019

R\$ 131,83

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código da Beneficiária: 3054-3/2447-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº e PRONTUÁRIO nº 117484

PACIENTE: MISAEL DE FRANÇA ALEXANDRE

DATA DE NASCIMENTO: 05.05.93

Data e Hora do Atendimento: 12.09.19

Horário: 11:48h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente retorna a este hospital apresentando infecção no pé esquerdo com necessidade de debridamento cirúrgico. Atendido pelo Dr. Carlos Alberto Vieira CRM 6902, Dr. Andrier Farias CRM 5893, Dr. Lauri F. C. Junior CRM 8918.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FERIMENTO INFECTADO NO PÉ ESQUERDO

CID 10 S 91 7

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, e tratamento cirúrgico em 16.08.19 com limpeza cirúrgica e debridamento de tecidos desvitalizados no pé esquerdo. Em 22.08.19 realizado tratamento cirúrgico com limpeza cirúrgica e debridamento.

ALTA HOSPITALAR: Á pedido em 12.09.19.



Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Office de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
C.N.P.J.: 09.308.628/0001-23

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:44
Cinthia Santos Cortinho - Substituta
[2019-0058563] EMBL:Rt 2.48 FOL:PE/2019 0.29
SEL: DIGITAL: A3162125-63ME
Confira a autenticidade em www.tribunalpb.org.br



DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CMBHETSHL
CRM 3920

Data da Emissão: 06.11.19

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**SECRETARIA
do Trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1182896



Identificação do paciente						
ID 745835	Nome MISAEI DE FRANCA ALEXANDRE			Sexo Masculino		
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26 anos 3 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário		
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA	Pai ELIAS DE FRANCA ALEXANDRE					
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA AURELIANO - ESPOSO(A)					
DDD Celular 83	Celular 99420307	DDD 83	Telefone 366643043			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3813612	Nº Cns 705209400470472				
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Sexo M	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58303125	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Argemiro de Figueiredo			
Número 66	Complemento NEROLANDIA	Bairro Municipios				
Admissão						
Data e Hora 12/08/2019 11:48:43	Número da pulseira 10007311207	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO	Detalhe do acidente OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raid X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						
CID Tempo 01min 30seg						

Imprimir



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE	BAE 1182896	Data/Hora Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26a 3m 7d	Sexo Masculino	CNS 705209400470472
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA	Bairro Municípios	Município SANTA RITA	Telefone de Contato (83) 99420307 / (83) 366643643
Endereço Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA	Motivo RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Prontuário
Acidente OUTROS	Data/Hora Classificação 12/08/2019 11:48:43	Data/Hora Prescrição 12/08/2019 15:58:38	UF PB
			Nº Cons. Regional 6902/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM INFECÇÃO EM PÉ ESQUERDO COM INDICAÇÃO DE DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

ETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIVRE)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H

CUIDADOS

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRÉ-OP DESBRIDAMENTO)

CÓAGULOGAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRÉ-OP DESBRIDAMENTO)

Conduta

Em observação

MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 12/08/2019 11:50:13



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

MISAEAL DE FRANCA ALEXANDRE

Data de nascimento

05/05/1993

Idade

26a 3m 7d

BAE

1182896

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

12/08/2019 11:48:43

CNS

705209400470472

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 99420307 / (83) 366645643

Prontuário

Mãe

MARIA IMACULADA DE SANTANA

Endereço

Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA

Bairro

Municípios

Município

SANTA RITA

UF

PB

Acidente

Motivo

RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO

Profissional

BENEDITO B RIBEIRO

Nº Cons. Regional

11820/PB

OUTROS

Data/Hora Classificação

12/08/2019 11:48:43

Data/Hora Prescrição

12/08/2019 13:12:37

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 11 DIAS, APRESENTANDO LESÃO PERFURO-CORTANTE EM PÉ ESQUERDO. FEZ TRATAMENTO COM CEFALEXINA POR 7 DIAS, PORÉM, RETORNA COM ABSCESSO EM FERIMENTO, COM HIPEREMIA, EXSUDATO PURULENTO E DOR INTENSA. CD: - ANALGESIA - RX DE PÉ ESQUERDO - CURATIVO LOCAL

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

CURATIVO

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

CID10

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr. Benedito Reginaldo Ribeiro
Médico
CRM-PB 11.820
CNS 898 0023 5028 2206

MISAEAL DE FRANCA ALEXANDRE

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 12/08/2019 11:50:13



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 13/08/2019 06:43:07

Nome MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE		Boletim de Atendimento 1182896	Data/Hora Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 705209400470472	Prontuário 117484
Tempo de Internação 13h 41min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data Internação 12/08/2019 17:08:47	Permanência na Unidade: 19h 1min		Permanência no Leito: 13h 41min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 13/08/2019 06:49:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO, ESTÁVEL SEM QUEIXAS, EXAMES OK, AGUARDA CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA - 012

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten signature]

Nome: Michael P. Alexandre BE/Promitório: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/08/19
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: limpeza cirúrgica
 Cirurgião: Andrieu Farias 1º Assistente: Conter Figueira
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Doqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infecção de partes moles</u>	
<u>pt (t)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>limpeza cirúrgica</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaiminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: _____

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

Dr. Andrieu Farias
 Ortopedia
 CRM 3893

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

9



PACIENTE: **Miguel de Franco Alexandre**
 IDADE: **26A** SEXO: **M** Nº: **10628996**
 CIRURGIÃO: **Dr. Cirúrgico Lesão em pé**
 ANESTESIA: **Rapida + Sedação**
 ANESTESISTA: **Dr. Jaria**

INSTRUMENTADOR: **11**
 DATA: **16/08/10** HORA: **10h40** DURAÇÃO: **12:20**

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS				MATERIAIS CONT.			
	QTD.				QTD.		
ALFENTANIL		SRL 600	1	JELCO Nº18			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº20			
BUPIVACAÍNA PESADA	1	SV 500	1	JELCO Nº22			
CETAMINA				JELCO Nº24			
PROPOFOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11			
TIENOSÍRBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	1	LÂMINA BISTURI Nº15			
FENTANIL		PAPI DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI Nº15			
FLUMAZENIL		PAPI TINTURA	1	LÂMINA BISTURI Nº15			
ISOFLURANO		PAPI TÓPICO	1	LÂMINA DE DERMATOMO			
LEVODOPACAINA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENERTO			
LEVODOPACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUA DE PROCEDIMENTO PAR			
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUA ESTÉRIL Nº7,0			
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUA ESTÉRIL Nº7,5			
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		LUA ESTÉRIL Nº8,0			
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUA ESTÉRIL Nº8,5			
NOBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	1	MÁSCARA CIRÚRGICA			
PANORÚNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIPLAS			
PUTIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO			
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº15G		SCALP Nº19			
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G	1	SCALP Nº21			
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML			
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML			
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML			
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 30ML			
MEDICAMENTOS							
	QTD.						
ADRENALINA		BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			
ÁGUA DESTILADA	1	CÂMLA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			
BEXTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			
CEFALOXINA	1	CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			
DENAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
DIPIRONA SÓDICA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
EFEDRINA		CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA			
EUROSEMIDA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº			
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	TORNEIRINHA			
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
LIDOCAÍNA GELÉIA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
ONDASENTRONA	1	ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
PLASL		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	EQUIPAMENTOS			
TENDONICAN		ESPARADRAPO	1		QTD.		
		GAZES	1	() ASPIRADOR			
		GAZES ALGODÓADAS	1	() BISTURI ELÉTRICO			
		GEL ELETROLÍTICO		() CAPNÓGRAFO			
		JELCO Nº14		() CARDIOMONITOR			
		JELCO Nº16		() DESFIBRILADOR			
				() FOCO ALUXIAN			
				() FOCO CENTRAL			
				() MACROSCÓPIO			
				() OXÍMETRO DE PULSO			
				() PA. INVASIVA			
				() PERFURADOR ELÉTRICO			
				() SERRA			
				() CIRCULANTE			

Cherica
conen

837-2310



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HEETSHL



EMPREGADOR	INSTITUTO ACQUA - AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA	REFERENTE A: DEZEMBRO / 2019
ENDEREÇO	AV. ORESTES LISBOA, S/N - JOÃO PESSOA - PB - CEP.: 58.031.090	
CNPJ	03.254.082/0007-84	

QUADRO DE HORÁRIO DE TRABALHO

ORDEN	NOME DO EMPREGADO	FUNÇÃO	SETOR	C.T.P.S.	ENTRADA	INTERVALO	SAIDA	DSR	VISTO FISCAL
1	MARIA CÍCERA DE BARROS PESSOA	ENFERMEIRA	BANCO DE OLHOS	385998-PB	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
2	NEWTON TEÓFILO PEREIRA	ENFERMEIRO	BANCO DE OLHOS	193031-PB	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
3	JOSÉ EQUÍLEIS JACINTO FRANÇA	ENFERMEIRO	BANCO DE OLHOS	002600016-PE	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

NOME RESPONSÁVEL
FUNÇÃO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

10/01/2011

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em anestesia geral, DDH, a Depite,
na Depite, com por MTE.

2. Em contramão omer de recente com

Incisão:

omer fe lido em pte (E).

3. Realizada limpeza extensiva
com solução 0,9% e guilhotina para

Achados:

se tecido debr: fufizacão e coleta
de material p/ cultura.

4. Uma fiv

Conduta:

Dr. Antônio Farias
Ortopedia
CRM 5893

Fechamento:

Observação:

João-Pessoa, 1/1

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: MISAEEL DE FRANCA ALEXANDRE BE/PRONTUÁRIO: 1182896
 IDADE: 26 SEXO: M COR: DATA: 22/8/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: LMC + DESBRIDAMENTO DE PÉ ESQ
 CIRURGIÃO: DR LAURI 1º ASS: DR THALES
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
EXTENSO FERIMENTO INFECTADO EM PÉ ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LMC + DESBRIDAMENTO	

CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

DATA: 22/08/2019

Laurel P. Junior
 ORTOPEDIA/NEUMATOLOGIA
 CRM-32.344.177-7

22
08
19

RELATÓRIO DE CIRURGIA

9

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
Achados:
EXTENSO FERIMENTO INFECTADO EM PÉ ESQ
SECREÇÃO E ODOR FORTE
Condução:
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA EXAUSTIVA DE PÉ ESQ
CUIDADOS COM HEMOSTASIA
SUTURA DE PELE
Fechamento:
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
SOLICITO CULTURA

[Assinatura]
LAURIT C. JUNIOR
 CRM 10.123.456-7
 RUA DA TRAVESSA, 123 - JARDIM PAZ
 CEP 01234-567 - SÃO PAULO, SP

Médico/CRM:

João Pessoa,

22/8/2019



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE
DATA DE NASCIMENTO	05/05/93
NOME DA MÃE	MARIA IMACULADA DE SANTANA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.180.803
DATA DO ATENDIMENTO	02/08/19
HORA DO ATENDIMENTO	00:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta; refere perda da consciência. Ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Refere dor em membro superior esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de braço esquerdo
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Clinico.

ALTA HOSPITALAR: 02/08/19
DATA DA EMISSÃO: 05/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

Autentico a presente copia, representada fiel e oramai apresentada. E testamento da verdade
Santa Rita - PE 26/11/2019 09:49:24
Cintia Santos Coutinho - Substituta
[2019-090850] CRM: 24.248 FASEN: 2019
STB 0161186: 40162127-RLP
Confira a autenticidade em: <https://seladi.com.br>

Cintia Santos Coutinho
Substituta

Secretaria de Registro
BOLETO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
4º Ofício de Notas

Rua São João, 100 - 1º andar
CEP: 53010-100 - Santa Rita
Fone/Fax: (83) 3229-2100
C.N.P.J.: 06.945.820/0001-03

BOLETO DE AZEVEDO
F. (83) 3229-2100
Santa Rita
Serviço Notarial e

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Serviço - Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1180803



Identificação do paciente			
ID 749635	Nome MISAEI DE FRANCA ALEXANDRE	Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26 anos 2 meses 28 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA	Pai ELIAS DE FRANCA ALEXANDRE		Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA AURELIANO - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 99420307	DDD 83	Telefone 366643043
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3813612	Nº Cns 705209400470472	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58303125	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Argemiro de Figueiredo
Número 66	Complemento NEROLANDIA	Bairro Municípios	
Admissão			
Data e Hora 02/08/2019 00:20:45	Número da pulseira 100007640659	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 MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos: <i>paciente com lesão na cabeça no serviço trazido da URG</i> <i>trazido com lesão no acromioclavicular do lado direito, fratura, com 12</i> <i>seções de tração</i>			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 59seg

imprimir



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MISAEAL DE FRANCA ALEXANDRE	BAE 1180803	Data/Hora Entrada 02/08/2019 00:20:45	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26a 2m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 99420307 / (83) 366643043
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA		CNS 705209400470472	Prontuário
Endereço Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA	Bairro Municípios	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	Nº Cons. Regional 6688/PB
Data/Hora Classificação 02/08/2019 00:20:45		Data/Hora Prescrição 02/08/2019 02:49:28	

ANAMNESE

frs pé sem lesão tendínea sem fratura necessita de sutura pela cirurgia geral alta ortopedia

Conduta

Em observação

MISAEAL DE FRANCA ALEXANDRE

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Plástica
CRM 6688 - TEOT 12927
ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(: 6688/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 02/08/2019 00:21:44

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Miguel d. Franco, Alexandre IDADE: 26
DESTINO: _____ DATA E HORA DA ADMISSÃO: _____ AS _____ H
CONTATO PRÉVIO: Helena DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: _____ AS _____ H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
Onça do mato.
5 curiocas, cauro cobeludo
de 3 curiocas, cauro reg. peria, cauro
de 3 curiocas, cauro x Touro R/E

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

12. Curioso
2. Curioso

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Legão curiocas, cauro R/E
cauro cobeludo

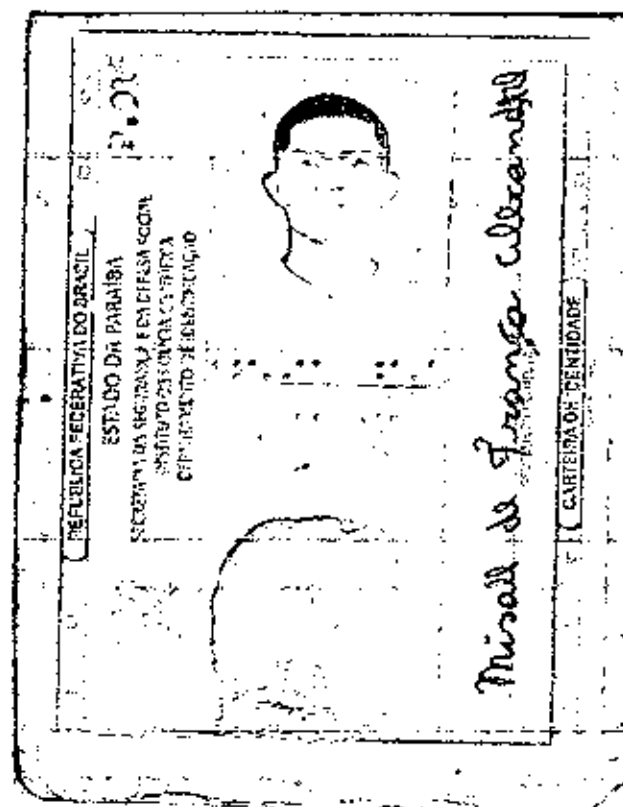
OBSERVAÇÕES:

Qual a conduta cirúrgica
feita

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____

Admiral Nunes Pinheiro
Secretaria de Família e Comunidade
CRM-PA 0548



Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.813.612 **DATA DE EXPIRAÇÃO** 30/11/2009

NOME MISAEL DE FRANÇA ALEXANDRE

FILIAÇÃO ELIAS DE FRANÇA ALEXANDRE
MARIA IMACULADA DE SANTANA

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB **DATA DE NASCIMENTO** 05/05/1993

ORG. ORDEM NASC.N.53876 FLS.224 LIV.A-47

CRT CARTORIO SANTA RITA-PB.

ASSINATURA DO DETENTOR

LEITURA DO RG

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA COM O MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MISAEL DE FRANÇA ALEXANDRE

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR / UF 231352456728 REX DE

CPF 105.567.124-30 **DATA NASCIMENTO** 05/05/1993

FILIAÇÃO ELIAS DE FRANÇA ALEXANDRE
MARIA IMACULADA DE SANTANA

REGISTRO 3.813.612 **DATA DE EXPIRAÇÃO** 30/11/2009

N.º REGISTRO 06561667010 **VALIDADE** 30/07/2020 **1.ª EMISSÃO** 12/02/2016

Observações

Assinatura do Detentor

LOCAL PAULISTA - PE **DATA EMISSÃO** 17/02/2016

Assinatura do Emissor

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014797492178
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 0107527695-8 90/00000000 2019

NOME
JOSEMAR DA SILVA BENTO

CPF / CNPJ
05191517474

PLACA
OEUS261/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB 9C2KC2200GR016853

ESPECIE / TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI 2015 2016

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
1ª 00/00/0000
2ª
3ª
FAIXA LPVA - PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P.A.G.O 01/03/2019

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL DATA
SANTA RITA - PB 01/03/2019

36994

42676

SEMPRE QUEM LIGA O VEÍCULO
DEVE TER O SEU TRANSP.



PB Nº 014797492178 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 DATA EMISSÃO
2019 01/03/2019

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
05191517474 OEUS261/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO
1075276958 HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. - ANO MOD. - Nº CHASSI
2015 9 9C2KC2200GR016853

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) - CONTRATAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGADO (R\$)
***** SEGURO P.A.G.O

PAGAMENTO DATA DE OUTRAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 01/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.242.000/0001-04

42676-1153164-20190301

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0004461/20

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

CPF: 105.567.124-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/08/2019

Titular do CPF: MISAEL DE FRANCA
ALEXANDRE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE : 105.567.124-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE
CPF: 105.567.124-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:

Data do Acidente: Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF:

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Todos os documentos devem estar legíveis.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador:

E-mail:

Tel. ()

Data:

Assinatura

Misael de Faria Alexandre

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Atendente do ponto de atendimento

Data:

Assinatura

Misael de Faria Alexandre

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004461/20

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

CPF: 105.567.124-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE : 105.567.124-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE
CPF: 105.567.124-20

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA