



Número: **0800128-66.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146 752	05/02/2021 14:37	<a href="#">2781293_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200412924      Vítima: ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001617-9

Conta: 0000051239-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200412924      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 14/07/2020      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA COLUNA TORÁCICA - T3. P6  
FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÉMUR DIREITO. P2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE TRAÇÃO E POSTERIORMENTE COM PARAFUSOS NO QUADRIL E DEMAIS CONSERVADOR. P11/12/17/18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E DA COLUNA TORÁCICA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO E LEVE DA COLUNA TORÁCICA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASCI: 3 - CPF da vítima: 030.669.374-70 4 - Nome completo da vítima: Alexandre Dantas de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Alexandre Dantas de Araujo		6 - CPF:	030.669.374-70	
7 - Endereço:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - CEP:		
Fazenda São Paulo	José Pessoa	PB			
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 (ANEKAR CÓPIA).

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1017 CONTA: 51.239

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu fique de direito reconhecido e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus que venha a ser recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Judicado Ilegal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.947/74), uma vez que:

- Não há IMI que atende à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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 e à apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.947/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Páris da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou ou companheira(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou ou companheira(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou ou faleceu ( <input type="checkbox"/> Sim) <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou ou faleceu ( <input type="checkbox"/> Sim) <input type="checkbox"/> Não	

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devita, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do cliente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

**NÃO AUTORIZAREI**

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

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

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

40 - Local e Data:

João Pessoa, 17/11/2020  
Alexandre Dantas de Araujo

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001-V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**





**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0376-2020		Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>SENI GONCALVES DOS SANTOS</b>				Posto/Graduação: <b>CB/PM</b>	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Via de acesso ao Bairro do Cristo Redentor</b>			Hora <b>15:15</b>	Bairro <b>Cristo Redentor</b>	Município: <b>João Pessoa</b>	UF: <b>PB</b>	
Data da Ocorrência <b>14/07/2020</b>	Dia da Semana <b>terça-feira</b>	C/S Vítima <b>(QT)</b> <b>Com / 01</b>	Tipo de Acidente <b>Atropelamento</b>	Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições da Pista <b>Seca</b>		
Condições do Tempo <b>Bom</b>	Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 veículos</b>			Controle do trânsito <b>Sentido Único</b>			

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Erijakson Batista dos Santos</b>		Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>14/03/1981</b>	RG <b>2639610</b>
---	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

**Tibiri – Santa Rita / PB – Tel.(083)99987-6516**

1ª Habilitação <b>08/05/2009</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N. <sup>º</sup> <b>04635891350</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>26/12/2023</b>	Usava cinto -	Usava Capacete -
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	------------------	---------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não Realizado</b>	Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>					
---	---	--	--	--	--	--

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>GM / S10</b>	Espécie <b>Caminhonete</b>	Placa <b>PCZ 3787 / CE</b>	Categoria <b>Aluguel</b>	Município <b>Fortaleza</b>	U.F. <b>CE</b>
---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

**S.TECH**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N. <sup>º</sup> <b>015278094889</b>	Renavan N. <sup>º</sup> <b>1057098512</b>	Data da Emissão <b>22/11/2019</b>
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: estava trocando o pneus . Quando, o V2 vinha da BR230, não viu os cones e pegou o rapaz de costa e não teve como evitar o sinistro.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>Roberto Mendes da Silva</b>		Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>13/01/1979</b>	RG <b>2319270</b>
--	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

**Rua Promotor Seyerino Dionisio Alves, nº 293 – José Américo - João Pessoa PB – Tel.(083)98780-6459**

1ª Habilitação <b>05/10/2001</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N. <sup>º</sup> <b>02003341800</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>11/04/2022</b>	Usava cinto -	Usava Capacete -
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	------------------	---------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não Realizado</b>	Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>					
---	---	--	--	--	--	--

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>GM / CLASSIC</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>QFC 8987</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

**Roberto Mendes da Silva**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N. <sup>º</sup> <b>014666374163</b>	Renavan N. <sup>º</sup> <b>01045172151</b>	Data da Emissão <b>01/08/2019</b>
----------------------------	--	---	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: trafegava na via (A), na faixa da direita, sentido UFPB / Cristo Redentor. Quando, um veículo puxou para esquerda, onde o mesmo que vinha atrás não teve como evitar o sinistro chegando ao atropelamento.

Assinatura de SUELIO MOREIRA TORRES  
Data: 21/10/2020  
Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0376/2020

## VITIMA 01

Nome Alexandre Dantas Araújo	Sexo Masculino	Nascimento ---	Viajava no Veículo N° Pedestre
Endereço <b>Rua Cap. Severino Cesário Nobrega, nº 338 – Jardim São Paulo</b>			
Condicion da Vítima Pedestre	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto ---	Usava Capacete ---

## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o V2 atingiu o passageiro que estava trocando o pneus dianteiro; Que foi atingido e arremessado, e logo em seguida foi conduzido ao Hospital de Trauma da Capital com um corte na cabeça e escoriações. Do acesso onde estava o V1 5 metros, do V2, 22metro 60cm de fricção do solo ao pneus esquerdo. Havia um cone na via; O V1 não foi atingido.

João Pessoa – PB, 14 de agosto de 2020.



**SENI GONCALVES DOS SANTOS - CB PM**  
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0376/ 2020

AMARRAÇÕES

VIA "A" - BR 230 09,00metros

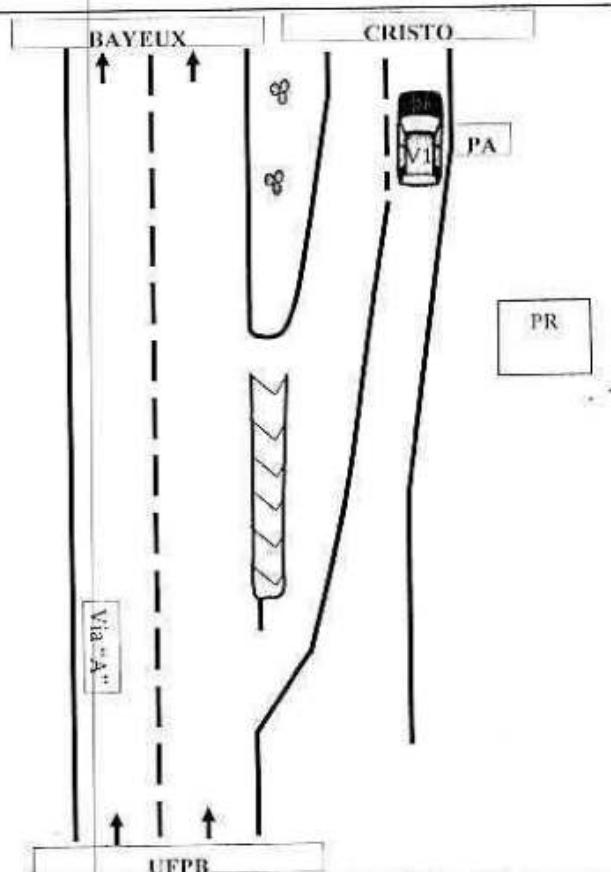
VIA "B" - Acesso Bairro Cristo 07,00metros

PR (Ponto de Referência) Trevo Motel

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 00,70 e Traseiro Direito 00,80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO DEVE SER USADO A

AVARIAS



V1



V2

Rosimildo Oliveira da Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0376/2020

DANOS NO V1

Marca/Modelo: <b>GM / S10</b>	Placa: <b>PCZ 3787 / CE</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB SENI</b>	Data: <b>14/07/2020</b>						
<b>AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE</b>									
<b>PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE</b>									
Avaliação			Avaliação						
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	M
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
			Total Geral (Sim + NA)			00			

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: <b>GM / CLASSIC</b>	Placa: <b>QFC 8987</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB SENI</b>	Data: <b>14/07/2020</b>						
<b>AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE</b>									
<b>PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE</b>									
Avaliação			Avaliação						
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	M
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
			Total Geral (Sim + NA)			00			

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa – PB, 14 de agosto de 2020.

  
**SENI GONCALVES DOS SANTOS - CB PM**  
Responsável pelo Levantamento

  
SUELIO MOREIRA TORRES  
Data: 21/07/2021



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0376/ 2020

FOTOS DO V2

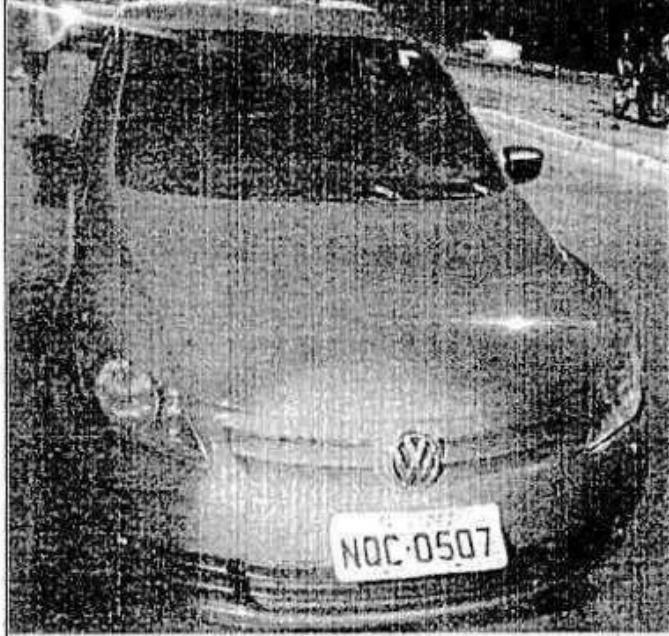
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Encaminhamento  
EM: 01/02/2021 14:37:46

3

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



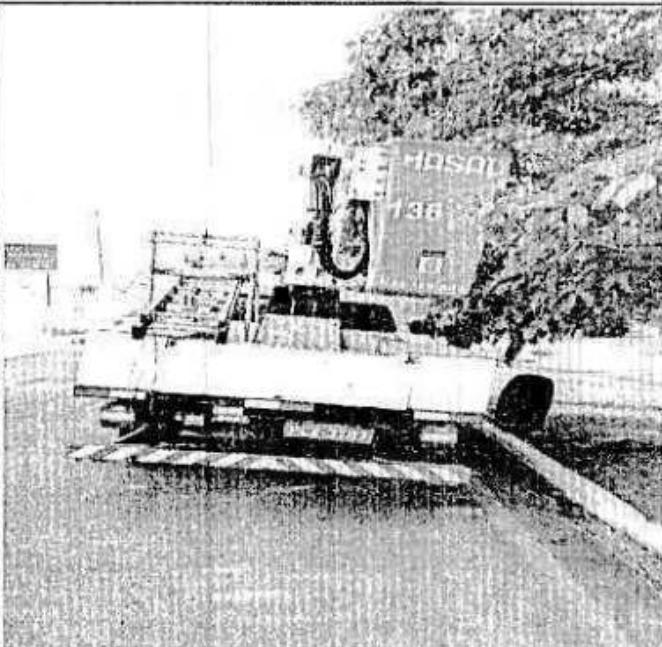
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0376/ 2020

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASCI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030.669.374-70 Alexandre Dantas de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Alexandre Dantas de Araujo			6 - CPF:	030.669.374-70	
7 - Endereço:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - CEP:			
15 - E-mail:						

### 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 (ANEKAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 1017	CONTA: 51.239
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu fique de direito reconhecido e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus que venha a ser recebido.

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

<input type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Judicado (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.</li> </ul>
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e à apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou ou companheira(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou ou companheira(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devita, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do cliente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 260 do Código Penal.

34 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	38 - Assinatura da testemunha	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____	
40 - Local e Data:	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	42 - Assinatura da testemunha	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

P.S.D.J. V002/2019

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01617-9

CONTA: 000000051239-7

---

Nr. da Autenticação CBF57C7FED8E325B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:37:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514374589000000037316163>  
Número do documento: 21020514374589000000037316163

Num. 39146752 - Pág. 11



**ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA**  
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST: 160158230

**REAVISO DE CONTA**

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicílio:

971 Medidor: 00008162616

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Florione de Siqueira Bimore, inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624/69,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre Dantas de Araújo, inscrito  
(a), no CPF sob o Nº 030.669.374/70, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
Alexandre Dantas de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.669.374/70, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua do Republicano</u>	Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u></u>	Telefone comercial (DDI) <u></u>	CEP <u>58010-180</u>
	Telefone celular (DDI) <u>(83) 98873-0310</u>	

João Pessoa, 17 de 11 de 2020  
Local e Data

Florione de Siqueira Bimore  
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2010/012, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2839174, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 14/07/2020, na BR 230, em frente ao Trevo Motel, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 13:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Outubro de 2020.

Marina Travassos Lopes  
Estatística - SAME  
SAMU 192 Regional João Pessoa  
Mat. 67.574-8

\_\_\_\_\_  
Marina Travassos Lopes  
Mat. 67574-8  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





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 1245956 e PRONTUÁRIO nº 123658

PACIENTE: ALEXANDRE DANTAS DE ARAÚJO

DATA DE NASCIMENTO: 05.04.78

Data e Hora do Atendimento: 14.07.20

Horário: 14:35h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vitima de atropelamento trazido pelo SAMU apresentando cervicalgia, dor na coxa direita, lesão corto-contusa na região cefálica frontal, dor cervical, dorsal e lombar. Atendido pelo Dr. Clementino Alexandre de Caldas Neto CRM 7596, Dr. Heisenberg Almeida CRM 6229, Dr. Hellosman B. Dias Junior CRM 10.251, Dr. Daniel Ronconi CRM 7423.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO  
CID 10 S 72 1

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx de Tórax AP e Perfil, Ultrassonografia(FAST), Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio, da coluna torácica e lombar e tratamento cirúrgico em 14.07.20 com colocação de tração transtibial direita. Em 22.07.20 realizado tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura subtrocanterica de fêmur direito.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 24.07.20 às 6:52h.

Data da Emissão: 21.09.20

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CIBMEETSHL  
CRM- 3920

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.





<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1518543	Nome ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento: 05/04/1978	Idade 42 anos 3 meses 9 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO				Pai LUIZ DE ARAUJO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 988759503			DDD Telefone
Tipo documento	Número documento			Nº Cns
Local de procedência AGUA FRIA				Tipo BAIRRO
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
CBO/R:				
<b>Endereço</b>				
CEP 58051110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA	
Número: SN	Complemento			Bairro JARDIM SÃO PAULO
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 14/07/2020 14:35:52	Número da pulseira <b>1000008777071</b>			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica:
Classificação de risco				Origem do paciente RJA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonorografia [ ]
Dados clínicos: <i>Blouson, consciente orientado</i> <i>El + TC = PDA</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo

[Imprimir](#)





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	
ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO		1245956	14/07/2020 14:35:52	Data Baixa
Data de nascimento	Idade:	Sexo	CNS	Telefone de Contato
05/04/1978	42a 3m 9d	Masculino		(83) 988759503
Mãe		Bairro	Município	Prontuário
JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO		JARDIM SÃO PAULO	JOÃO PESSOA	UF
Enderço		Motivo	Profissional	PB
FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN		ATROPELAMENTO	HELLOSMAN DE BRITO DIAS JUNIOR	Nº Cons. Regional
Acidente				10251/PB
VEÍCULO X PEDESTRE				
Data/Hora Classificação				
14/07/2020 14:35:52				

## ANAMNESE

PACIENTE, 42 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO, APRESENTANDO QUEIXA DE CEFALÉIA, CERVICALGIA, E DOR NA COXA DIREITA. APRESENTA AINDA LESÃO CORTO-CONTUSA EM REGIÃO CEFÁLICA FRONTAL MEDICAMENTOSAS, REFERE VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA HÁ MAIS DE 10 ANOS. AO EXAME: BOM ESTADO GERAL, CONSCIENTE E ORIENTADO, CLINICAMENTE E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. GLASGOW 15 CD; - SOLICITO TC DE CRÂNIO E CERVICAL + AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA - SOLICITO RX DA COXA DIREITA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA - SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX + REAVALIAÇÃO DA SURGIA GERAL - ANALGESIA + PROFILAXIA ANTI-TETÂNICA - SUTURA DO FERIMENTO EM REGIÃO CEFÁLICA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF)  
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA  
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

## CID10

I.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Dr. Hellosman B. Dias Jr.  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM/PB 10251

Enfermeiro

HELLOSMAN DE BRITO DIAS JUNIOR  
(CRM: 10251/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 14/07/2020 14:35:52





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	05/04/1978	1245956	14/07/2020 14:35:52	
Mae	JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 988759503
Enderço	FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Masculino		Prontuário
Acidente	VEICULO X PEDESTRE	Bairro	Município	UF
Motivo	ATROPELAMENTO	JARDIM SÃO PAULO	JOÃO PESSOA	PB
Data/Hora Classificação	14/07/2020 14:35:52		Profissional	Nº Cons. Regional
			DANIEL ESPINDOLA RONCONI	7423/PB
			Data/Hora Prescrição	
			14/07/2020 17:14:37	

## ANAMNESE

#NCR PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM FCC PARIETAL + DOR CERVICAL, DORSAL E LOMBAR. AO EXAME GLASGOW 15 SEM DEFICITS TC CRANIO: AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS TC CERVICAL: AUSENCIA DE ALTERAÇÕES CD. SOLICITO TC DE COLUNA DORSAL E LOMBAR ANALGESIA AV. DEMAIS CLINICAS

## EDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM-PB 7423

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 14/07/2020 14:35:52





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO	BAE	1245956	Data/Hora Entrada	14/07/2020 14:35:52	Data Baixa
Data de nascimento	05/04/1978	Idade	42a 3m 9d	Sexo	MASCULINO	CNS
Mãe	JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO	Bairro	JARDIM SÃO PAULO	Município	JOÃO PESSOA	UF
Endereço	FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Motivo	ATROPELAMENTO	Profissional	CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO	PB
Acidente	VEICULO X PEDESTRE			Data/Hora Prescrição	14/07/2020 20:24:32	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação	14/07/2020 14:35:52					4860/PB

### ANAMNESE

NEUROCIRURGIA TC DE COLUNA LOMBAR: SEM EVIDÊNCIA DE FRATURA TC DE COLUNA TORÁCICA: FRATURA T3, TRATAMENTO CONSERVADOR LIBERADO PARA CIRURGIA ORTOPEDICA

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

Carlos Pereira da Silva Neto  
Médico de plantão  
Assistente  
Assistente  
Assistente  
Assistente

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO  
(: 4860/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 14/07/2020 14:35:52





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



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA DRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada:	Data Baixa
ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO	1245956	14/07/2020 14:35:52	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
05/04/1978	42a 3m 9d	Masculino	(83) 988759503
Mãe			Prontuário
JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO			
Endereço	Bairro	Município	UF
FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	JARDIM SÃO PAULO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	6902/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
14/07/2020 14:35:52		14/07/2020 19:05:44	

### ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. APRESENTA COMO QUEIXA ORTOPÉDICA, DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPÉDICAS. AO EXAME: ATITUDE DE ROTAÇÃO EXTERNA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, LIMITAÇÃO ADM PASSIVA E ATIVA, NEUROVASCULAR OK, RX: FX DIAFISARIA DO FEMUR DIREITO CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIAS CLÍNICAS. INDICO TRAÇÃO TRANSTIBIAL APÓS LIBERAÇÃO DA JEUCROCIRURGIA

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PB 6902 CRM PE 22641  
TELEF: 13941

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
(CRM: 6902/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 14/07/2020 14:35:52





## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO	1245956	14/07/2020 14:35:52	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone da Contato
05/04/1978	42a 3m 9d	Masculino	(83) 988759503
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO	JARDIM SÃO PAULO	JOAO PESSOA	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	ATROPELAMENTO	TAMMER GOMES DE MORAIS	PB
Acidente			Nº Cons. Regional
VEICULO X PEDESTRE			8104/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição:	
14/07/2020 14:35:52		14/07/2020 18:18:38	

### ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA COMO QUEIXA ORTOPÉDICA, DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPÉDICAS. AO EXAME: ATITUDE DE ROTAÇÃO EXTERNA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. LIMITAÇÃO ADM PASSIVA E ATIVA. NEUROVASCULAR OK. RX: FX DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIAS CLÍNICAS. INDICO TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

Coduta

Em observação

Dr. Tammer Gomes de Moraes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8104

Enfermeiro

TAMMER GOMES DE MORAIS  
(CRM: 8104/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 14/07/2020 14:35:52



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:37:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051437458900000037316163>  
Número do documento: 2102051437458900000037316163

Num. 39146752 - Pág. 22



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



*Saúde*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO	BAE	1245956	Data/Hora Entrada	14/07/2020 14:35:52	Data Baixa
Data de nascimento	05/04/1978	Idade	42a 3m 10d	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 988759503
Mãe	JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO	Bairro	JARDIM SÃO PAULO	Município	JOÃO PESSOA	UF PB
Endereço	FARMACÉUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Motivo	ATROPELAMENTO	Profissional	JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Acidente	VEICULO X PEDESTRE			Data/Hora Prescrição	14/07/2020 21:16:32	
Data/Hora Classificação	14/07/2020 14:35:52					

### **ANAMNESE**

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA COMO QUEIXA ORTOPÉDICA, DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPÉDICAS. AO EXAME: ATITUDE DE ROTAÇÃO EXTERNA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. LIMITAÇÃO ADM PASSIVA E ATIVA. NEUROVASCULAR OK. RX: FX DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO CD: IEUROCIRURGIA

### **DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### **MEDICAÇÃO**

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA. (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 5 DIA(S)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<80 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT<60)

### **CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT. (OBSERVAÇÕES:: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

### **EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO



CREATININA  
GLICOSE  
HEMOGRAMA COMPLETO  
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)  
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)  
IONOGRAMA  
UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

Médico  
Dr. Jansen Henriques  
CRM-PB 11385

JANSEN HENRIQUES CEZARINO  
(CRM: 11385/PB)

Netim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 14/07/2020 14:35:52



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:37:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514374589000000037316163>  
Número do documento: 21020514374589000000037316163

Num. 39146752 - Pág. 24

CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:	ALEXANDRE DANTAS DE ARAÚJO	BE/PRONTUÁRIO	1245956
IDADE:	42 SEXO: M	COR:	DATA: 22/7/2020
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	FMP:	LR:
CIRURGIA:	OSTEOSSINTSE DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR DIREITO		
CIRURGIÃO:	DR. KARTNEY SARMENTO	1º ASS:	DR. UMBERTO JANSEN
2º ASS:	R3 YURI	3º ASS:	R3 VALDEBAN
INSTRUMENTADOR:	PATRÍCIA	ANESTESISTA:	DR. THIERRES
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO INÍCIO:	0 TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA SUBTROCANTÉRICA FEMUR DIREITO		S721

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
OSTEOSSINTSE DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA FEMUR DIREITO		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

 ENFERMARIA RESIDÊNCIA URPA

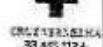
TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

22/7/2020

CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
ANTIBIÓTICO PROFILAXIA	
Incisão:	VIA DE ACESSO LATERAL NO QUADRIL DIREITO, COM INCISÃO LONGITUDINAL;
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA:	
Achados:	FRATURA SUBTROCANTÉRICA FEMUR DIREITO
Conduta:	REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO FRATURADO DO FEMUR PROXIMAL DIREITO, SOB AUXILIO DE ESCOPA
	FIXADO PLACA DCS PARA FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
	E SOB ESCOPA (FIXADO COM PARAFUSOS CORTICais E DESLIZANTE)
REVISAO HEMOSTATICA	
SUTURA POR PLANOS	
CURATIVO ESTEREIS	
RX DE CONTROLE	
Observação:	
RAIO-X DE CONTROLE	
HEMOGRAMA PÓS OPERATÓRIO	

Médico/CRM:

João Pessoa,

22/7/2020

# Nota de Sala Cirúrgica

REF ID: 1

NOME DO PACIENTE	<i>Alexandre Dantas de Maujo</i>					
IDADE	42	SE	1245956 PRONTUÁRIO			
UNIDADE	ENFERMARIA					
CIRURGIA	reat. subclavicular confeérico de ferme D					
CIRURGÃO	Kurtney	1º AUX	2º AUX			
ANESTESIA	raque					
ANESTESISTA	Telles + Alano					
INSTRUMENTADOR	Patrício					
DATUM	26/7/2020	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	FIM			
			CIRURGIA INÍCIO 7:30 FIM 10:40			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		Soro fisiol	<input type="checkbox"/>	JELCO N°18	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1			JELCO N°26		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		Soro sangu	<input type="checkbox"/>	JELCO N°22		FIO DE AÇO N°
CETAMINA				JELCO N°24		FIO DE AÇO N°
DOPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 2-0
ETOMODATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 90%	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°
FENTANILA		PVP/PI DESGERMANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N°23	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO POLIGLACTINA N° 2-0
FLUMAZEROL		PVP/PI TINTURA	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		PVP/PI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA CI VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENGENHO		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA SI VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA CI VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA SI VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL N°8,0	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12	<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL N°8,5	<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA
NTMBRM		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔMIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		QTD.
PETIZINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CATETER DE PIC
PRONAFOL		AGULHA RAQUI N°23G	<input type="checkbox"/>	SCALP N°19		EMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔMIO		AGULHA RAQUI N°29		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N° 2,5
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	<input type="checkbox"/>	SERINGA 5ML	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO STEINMAN N°
SUX-AMETÔNIO		ATADURA DE CIEPOM	<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO STEINMAN N°
TOPIENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	<input checked="" type="checkbox"/>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVIVEL
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUINSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM
BEIXTA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DITRONA SÓDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<input checked="" type="checkbox"/>	SONDA URINAR N°		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENNOSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALTOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALTOLAR
LIDOCAYNA GELEIA		ELETRODOS	<input checked="" type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	<input checked="" type="checkbox"/>	PLACA
PLAS.		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPM	<input checked="" type="checkbox"/>	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO S/A N°		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODODADAS	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO C/A N°		( ) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO C/A N°		( ) DESFIBRILADOR
		PELCO N°14				( ) FOCO AUXILIAR
		PELCO N°16				( ) FOCO CENTRAL
		Placo DC S 14.15 -0.01				( ) MICROSCOPIO
		Paraf. cat. caixa N° 32 N. 32 02				( ) OXÍMETRO DE PULSO
		N. 32 02				( ) P.A. DIASTOLICO INVÁTICO
		N. 54 01				( ) PEEPULADOR ELÉTRICO
		Pumo desl. zumbi + cl pano N. 05 -0.01				( ) SERVA
						CIRCULANTE

Ronalva Nunes de A. Silva  
CORRENTE 971.135-76

FINGI ASC 00215

PREFEITURA

## FICHA DE ANESTESIA



DATA: 22/07/2020

PRONTUÁRIO: 424 5956

PACIENTE: ALEXANDRE DANTAS DE ARAÚJO SENO: M COR: IDADE: 42

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 90 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL:  BOM / REGULAR |  MAU / PESSIMO RISCO CIRURGICO:  BOM / REGULAR |  MAU / PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEIA AP. CIRCULATÓRIO: ESTÍVEL

AP. DIGESTIVO: JEJUM ESTADO MENTAL: LOTE DRUGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO:

DOSE/HORA: 0 ESTADO FÍSICO/ASA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

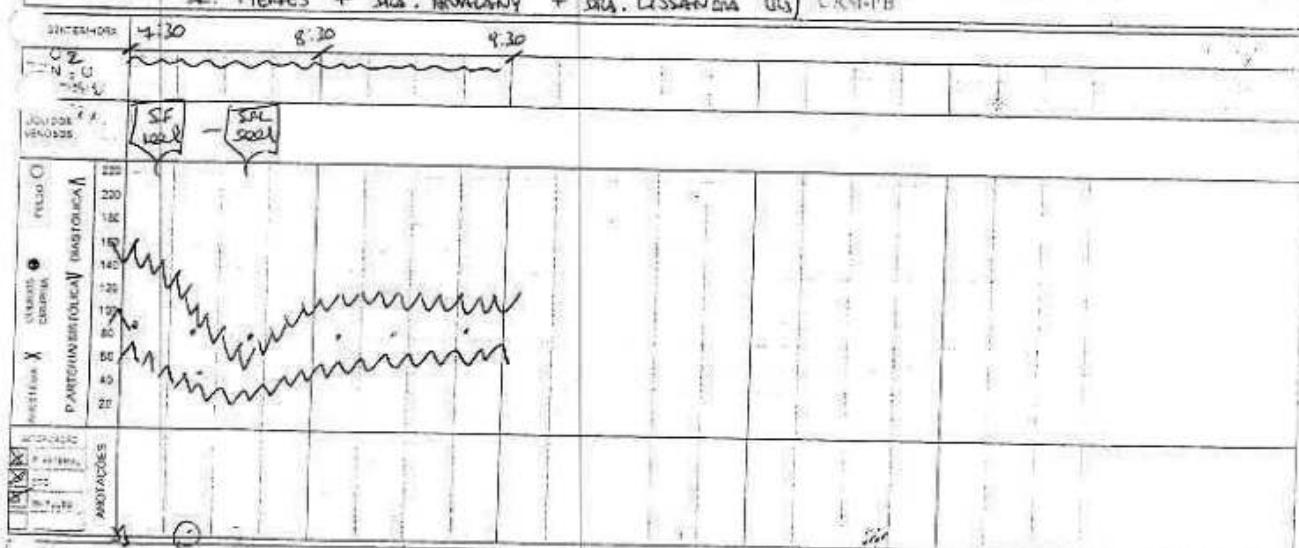
CIRURGIA REALIZADA: TTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DE FEMUR DIREITO

CIRURGIÃO: DR. KARLINEY AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 7:30 TÉRMINO: 09:30 DURAÇÃO: 2h30min ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ANESTESISTA: DR. THIAGO + DRA. FRANCILY + DRA. LISSANDRA (ts) CRM-SP:



RAQUIMESTESA → POR MANUTENÇÃO, VENOCÍSE PREVIA MSD, SESSÃO com ① por SOTACO, ASSESSIA E MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Midazolam 2mg	11
2. NEONATINA ISOTÔPICA 15ml	12
3. Morfina 30ug	13
4. Cefotolizina 2g	14
5. Decametasona 10mg	15
6. Dofetilida 2g	16
7. Gabapentina 800mg	17
8. Eferufina 50ug	18
9.	19
10.	20

DESENHO DO PACIENTE:  ADT,  ENFERMARIA,  UTI,  RESIDÊNCIA,  OUTROS: VPA

ASSINATURAS: *Cooperativa de Saúde da Prefeitura de São Paulo*, *Dr. Alexandre P. L. Araújo*, *Medico Anestesiologista*, *Assinatura: Dr. Alexandre P. L. Araújo*, *Assinatura: Dr. Alexandre P. L. Araújo*

Nota de Sala Cirúrgica

DATA:

*Alexandre Jantos se Genuíjo 1245966*

NOME DO PACIENTE	42	PONTUAÇÃO	ENFERMAGEM	LEITO
CIRURGIA	<i>2019</i>	<i>Hábil Faria + Dr. Penna -</i>		
CIRURGIÃO	<i>Dr. Habil Faria + Dr. Penna -</i>			
ANESTESIA		<i>anestesia + bloqueio</i>		
ANESTESISTA	<i>Dr. Ana Luisa.</i>			
INSTRUMENTADOR	<i>Dr. Joelma.</i>			
DATA	<i>14/07/20</i>	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO <i>19:06:200</i>	CIRURGIA: INÍCIO <i>19:07:20:00</i>	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA I	(ASA 1) (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA	<i>1</i>	TELCO N°16		FIO CAT GUT CRISTAL N°
BUPIVACAÍNA ISÓDRAICA	<i>0,75001</i>	TELCO N°20		FIO CAT GUT CRISTAL N°
BUPIVACAÍNA PESADA	<i>0,75001</i>	TELCO N°22		FIO DE AGO N°
CETANINA		TELCO N°24		FIO DE AGO N°
DR OPERIDOR		KIT SIST. DREN. TORÁXICO N°		FIO DE NYLON N°
IDEATO		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°
NOXAESTAL		LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°
FENTANILA		LÂMINA BISTURI N°22		FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZÉNOL		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMIATÔMO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	<i>1</i>	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPÉLICO N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPÉLICO N°
LIDOCÁINA C/VASO	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL N°10		FIO POLIPROPÉLICO N°
LIDOCÁINA S/VASO	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL N°13		FIO POLIGLICOPRÓTEINA N°
MECAZOLAN	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL N°16		FIO SEDA N°
MORFINA	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL N°13		FIJA CARDIACA
TRAMADOL		AGULHA PERIDURAL N°16		MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCRÔMICO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS
PETIDENA		AGULHA PERIDURAL N°18		CATETER DE PIC
PROCHORFOL		AGULHA RAQUÍDICA N°15		CONTRATO COBRIGICO
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍDICA N°20		CUF TITÂNIO LIGADURA
ROCUROMA		AGULHA RAQUÍDICA N°22		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER N°
SUVAMETÔMICO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN N°
TOPIFENTAL		ATADURA GESSADA		FIO STEINMAN N°
MEDICAMENTOS	QTD.	SONDA ASF. TRAQUEAL		GRAMPEADOR COBRIGICO
ADRENALINA	<i>1</i>	SONDA ASF. TRAQUEAL N°10		HENOEST ABSORTIVEL
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASF. TRAQUEAL N°10		KIT. DRENAG. VENTRICULAR
ATROFOPINA		CATETER DE OXIGÉNIO		PRÓTESE VASCULAR
ITRA		CATETER EMBOLICO ASTERIAL N°		KIT. FAM
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°16		PERADOR EXTERNO
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA
DETRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		COLLET. VENA FECHADO		PARAFUSOS CORDICais
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS FABRICADOS
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPECIAIS
GLUCONATO DE CALCIO		DREN. DE PENROSE		PARAFUSOS MALEADAS
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUÇÃO		PARAFUSOS MA. FOJAS
LIDOCÁINA GELEIA	<i>10</i>	ELETRODOS		PLACA
ONCOTASENTOLINA		OLIGO MACROGOTAS		PLACAS
PLASD.		REQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTOMINE		ROLERO NEUROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTACINA		ESPONJA DE PTFE		FIOS
TENSOGAN		ESPARGARAPAO		QTD.
<i>Setimex -01</i>		GAZES		1) ASPIRADOR
<i>Octocaina 1</i>		GAZES ALGOZADAS		2) BISTURI ELÉTRICO
		GELEIA ALGOZADAS		3) CAPNÓGRAFO
		HE. ELETROLÍTICO		4) CARDIOMONITOR
		TELCO N°14		5) DESFIBRILADOR
		TELCO N°16		6) FOGO AUXILIAR
				7) GOCO CENTRAL
				8) MICROSCOPIO
				9) OXÍMETRO DE PULSO
				10) S.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
				11) OXIGENADOR ELÉTRICO
				12) PERRA
				CIRURGANTO
				<i>Fernanda G.</i>
				<i>426043</i>
				ENIGASCRU

HEETS

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/07/20

PRONTUÁRIO:

1245956



PACIENTE:	Silvana Dantas de Araújo		SEXO: M	COR:	IDADE: 42				
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	100	RESPIRAÇÃO	lento	TEMPERATURA	PESO				
ESTADO GERAL	BOM	REGULAR	IMAU	PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM	REGULAR	IMAU	PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM								
AP. RESPIRATÓRIO	NDN		AP. CIRCULATORIO	NDN					
AP. DIGESTIVO	Normal		ESTADO MENTAL	TOT	DROGAS EM USO				
PRE-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (AS)				
DOSE/HORA					2				
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	fx do pímen ②								
CIRURGIA REALIZADA	-								
CIRURGIAO	Ronaldo		AUXILIARES	Thales					
INÍCIO DA ANESTESIA	19h		TERMINO DA ANESTESIA	20h		DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.			VALORES RS			
ANESTESISTA	Ana Luisa Santos		CRM-PB			CRM-PB	9190		
AGENTES ANESTÉSICOS									
O <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> O								
ESTUDO DE VENOSAS									
O	PULSO	Venosa	ARTERIAL	QUADRILHAR					
●	extubado	✓	✓	✓					
X	extubado	✓	✓	✓					
■	P. ANESTÉSICO	✓	✓	✓					
■	P. ANESTÉSICO	✓	✓	✓					
■	P. ANESTÉSICO	✓	✓	✓					
ANESTÉSICO									
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RADIODIAGN.	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOCO PLENO	<input checked="" type="checkbox"/> BLOCO NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS				
TECNICA	30 de N. femoral via inguinal ex ag 80 ml fl ex ap 0.150g		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO						
LÍQUIDOS									
GUARDAS	Anestesia 2,5 mg		11						
HACH	Ketamina 15 mg		12						
SINUS	Lidocaina c/w 10mp		13						
RINGER	Naobupi c/w 10mp		14						
TOTAL	Oxilídio 5mg		15						
DESTINO DO PACIENTE	Adrenalina 1mp		16						
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMAGA			17					
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	(1) monitorização		18					
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	SRPA	(2) Bloq da N. femoral		19					
19.1 Requi Sintedo A+B, Fennest lívico mediano, L3-L4, ag 25ml 2.5%, (CRIT), vng Al + 20mg de Nuscaris via venosa + 0.1mg de Diamant. Pulse de 1 min após derbar (paciente sentado). PCR em assentado, paciente com vng distalmente, realizada MCE, IOT com TOT + 5°, adrenalina, logo após 1° ciclo o paciente adormeceu, foi realizada extubação. Dr. Ana Luisa Santos - CRM-PB 9190									
19.2 Realizada ECG de 12 derivadas, eletrodo de 5mm, vng sentado, 6000ms.									
De hipótese diagnóstica sugiro miocardiopatia + hipertensão arterial.									





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME:	ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO	BE/PRONTUÁRIO	1245956			
IDADE:	42	SEXO:	MAS	COR:	DATA:	14/1/2020
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	LR:			
CIRURGIA:	PASSAGEM DE FIO DE KR PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL À ESQUERDA					
CIRURGIÃO:	DR CARLOS ALBERTO	1º ASS:	MR2 JANSEN			
2º ASS:		3º ASS:				
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:				
TIPO DE ANESTESIA:	SEDAÇÃO	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:			

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO		CÓDIGO
FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
	RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 14/7/2020

Medico  
Andrade  
Henrique  
2020-12-12



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

DETALHAMENTO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE K C N° 4,5

Achados:

FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO DE K . TAM. 4,5 TRANSTIBIAL DIREITA

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 9KG

Médico/CRM:

João Pessoa,

14/7/2020



### Nota de Sala Cirúrgica

卷之三

1. DESFIBRILADOR	
1. FOCO ALUMINÍA	
1. FOCO CENTRAL	
1. MICROSCOPIO	
1. TONÍMETRO DE PULSO	
1. TAPA INVASIÓN A DINAVER	
1. FERTILIZADOR ELÉCTRICO	
1. SIERRA	
CIRCUITO	





HECTSHL

## FICHA DE ANESTESIA

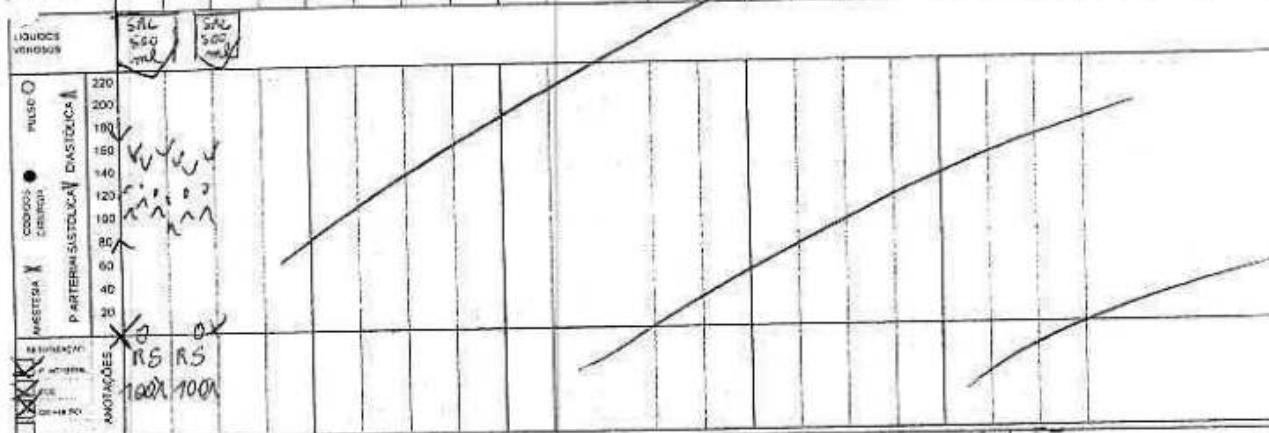
DATA: 14/07/20

PRONTUÁRIO: 1245956

PACIENTE: Alexandre Santos de Araújo

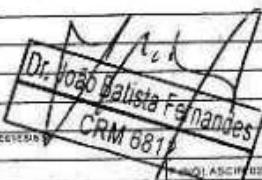
SEXO: M IDADE: 42

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 100	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO +95	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM / <input type="checkbox"/> IRREGULAR / <input type="checkbox"/> IMAU / <input type="checkbox"/> PESSIMO	RISCO CIRURGICO: <input type="checkbox"/> BOM / <input type="checkbox"/> IRREGULAR / <input type="checkbox"/> IMAU / <input type="checkbox"/> PESSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: ✓			
AP. RESPIRATÓRIO: suspeito		AP. CIRCULATÓRIO: estável hemodinamicamente	
AP. DIGESTIVO: em jejum	ESTADO MENTAL: consciente	DROGAS EM USO: Nega	ESTADO FÍSICO (ASA): IE
PRÉ-ANESTÉSICO:			
DOSE/HORA: Medaglam 5mg			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura em M1D			
CIRURGIA REALIZADA: Tração Transosqueletica			
CIRURGIÃO: Dr. Carlos Alberto	AUXILIARES: Dr. Jansen (R2)		
INÍCIO DA ANESTESIA: 20:30	TÉRMINO DA ANESTESIA: 21:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA: Dr. João Batista Fernandes CRM:		CRM-PB	
AGENTE ANESTÉSICO: 20/30 CRM 6892			
U.A.U.			



ANESTÉSIA GERAL  RACIOCINIANA  EPIDURAL  BLOC PLEXO  BLOCO NERVOS  OUTROS Sedativo

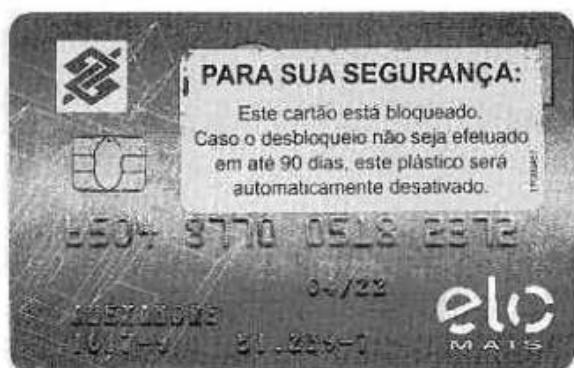
Paciente em DNI, monitorizado. Permeabilizante em MSF. Sedado com (1+2+3). Mantido voluntaria e anestesiada.

LÍQUIDOS	VALORES	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
SUCROSE	1. Glutamina 10mg	11
NACL	2. Medaglam 5mg	12
SANGUE	3. Lidocaina 2% 1/10000 100mg	13
RINORRÉIA	4. Dipirona 3g	14
TOTAL	1000	15
DEERNO DO PACIENTE	6	16
<input type="checkbox"/> APTO	7	17
<input type="checkbox"/> UTI	8	18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: URPA	9	19
	10	20
OBSERVAÇÕES IMPORTAIS: Exspontâneo, com suporte de O2 sobre cateter nasal (5 litros)		
 ASSINATURA DO ANESTESISTA CRM 6892 01/ASCR/026-1		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:37:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514374589000000037316163>  
Número do documento: 21020514374589000000037316163

Num. 39146752 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:37:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514374589000000037316163>  
Número do documento: 21020514374589000000037316163

Num. 39146752 - Pág. 36

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200412924      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 14/07/2020      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA COLUNA TORÁCICA - T3. P6  
FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÉMUR DIREITO. P2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE TRAÇÃO E POSTERIORMENTE COM PARAFUSOS NO QUADRIL E DEMAIS CONSERVADOR. P11/12/17/18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E DA COLUNA TORÁCICA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO E LEVE DA COLUNA TORÁCICA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Alexandre Dantas de Araújo, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão eletricista, residente e domiciliado à Rua Cap Saverino Melo bairro Jardim São Paulo, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba Cep: portador(a) do RG nº 1865549, SSP/ e CPF nº 030.669.374-70.

**Outorgado:** Flavriene do Silva Lémore, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390 bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba Cep: portador (a) do RG nº 267.11.90 SSP/ e CPF nº 048.079.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alexandre Dantas de Araújo, ocorrido em 14/07/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

f. Pessoa 06 de 11 de 2020.

x:Alexandre Dantas de Araújo  
Outorgante  
CPF Nº 030.669.374-70

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

