



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
39146752	05/02/2021 14:37	2781293_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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, retorne 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.

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 FÊMUR 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





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 ASE: 3 - CPF da vítima: 030.669.374-70 4 - Nome completo da vítima: Alexandre Santos de Araujo

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

5 - Nome completo: Alexandre Santos de Araujo 6 - CPF: 030.669.374-70
7 - Profissão: Eletricista 8 - Endereço: R. Cap. Severino Carneiro Nobrega 9 - Número: 338 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim São Paulo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP:
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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco do Brasil
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 10179 CONTA: 51.2397
(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 e que eu lixi, entendi, reconheço e dou, desde já e somente após a efetivação ou crédito, quitação por escrito recebida.

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

P5.001-0007/2019





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

CONDUTOR 01

Nome Erijakson Batista dos Santos	Sexo Masculino	Nascimento 14/03/1981	RG 2639610
Endereço Tibiri - Santa Rita / PB - Tel.(083)99987-6516			
1ª Habilitação 08/05/2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 04635891350	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 26/12/2023	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo GM / S10	Espécie Caminhonete	Placa PCZ 3787 / CE	Categoria Aluguel	Município Fortaleza	U.F. CE
Nome do Proprietário S.TECH					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 015278094889	Renavan N.º 1057098512	Data da Emissão 22/11/2019		
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 Roberto Mendes da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 13/01/1979	RG 2319270
Endereço Rua Promotor Severino Dionísio Alves, nº 293 - José Américo - João Pessoa PB - Tel.(083)98780-6459			
1ª Habilitação 05/10/2001	Categoria AB	Registro CNH N.º 02003341800	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 11/04/2022	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 02

Marca/Modelo GM / CLASSIC	Espécie Automóvel	Placa QFC 8987	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Roberto Mendes da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014666374163	Renavan N.º 01045172151	Data da Emissão 01/08/2019		
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.

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DO ACIDENTE

DECLARADO POR: SUELIO MOREIRA TORRES

DATA: 21/07/2020

ASSINADO POR: SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINADO POR: SUELIO MOREIRA TORRES



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0376/2020


VITIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo Nº
Alexandre Dantas Araújo	Masculino	---	Pedestre
Endereço			
Rua Cap. Severino Cesário Nobrega, nº 338 – Jardim São Paulo			
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto	Usava Capacete
Pedestre	Hospital de Trauma	---	---

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o V2 atingiu o passageiro que estava trocando o pneu 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 pneu esquerdo. Havia um cone na via; O V1 não foi atingido.

João Pessoa – PB, 14 de agosto de 2020.


SENI GONCALVES DOS SANTOS - CBPM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 Nº 0376/ 2020

AMARRAÇÕES

VIA "A" - BR 230 09,00metros

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

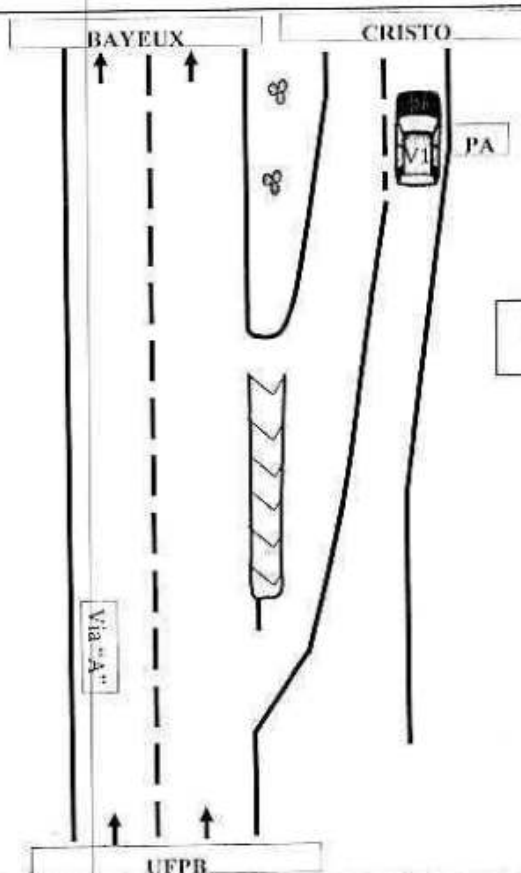
PR (Ponto de Referência) Trevo Motel

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

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
E.M. 21110 2020
[Assinatura]



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTAÇÃO

AVARIAS



V1



V2

[Assinatura]
Rosimildo Oliveira da Souza 3º Sgl PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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:

GM / S10

Placa:

PCZ 3787 / CE

Responsável pelo Preenchimento:

CB SENI

Data:

14/07/2020

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
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:

GM / CLASSIC

Placa:

QFC 8987

Responsável pelo Preenchimento:

CB SENI

Data:

14/07/2020

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
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





POLÍCIA 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 Nº 0376/ 2020

FOTOS DO V2

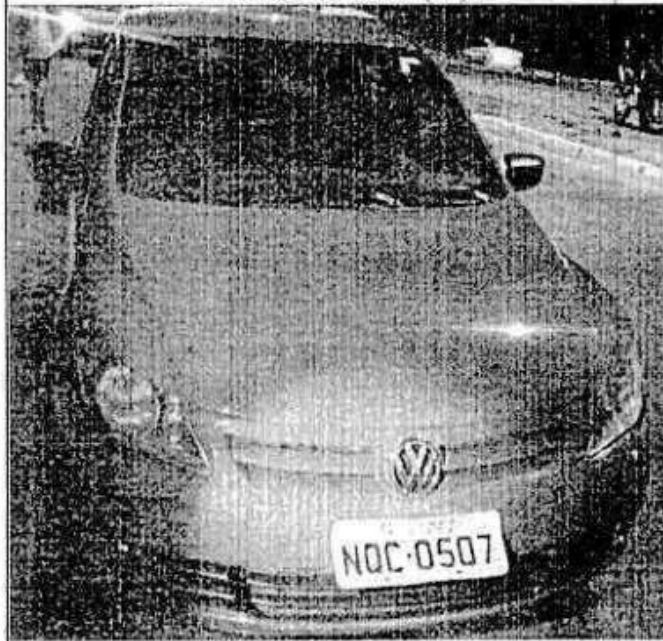
FRENTE (V2)



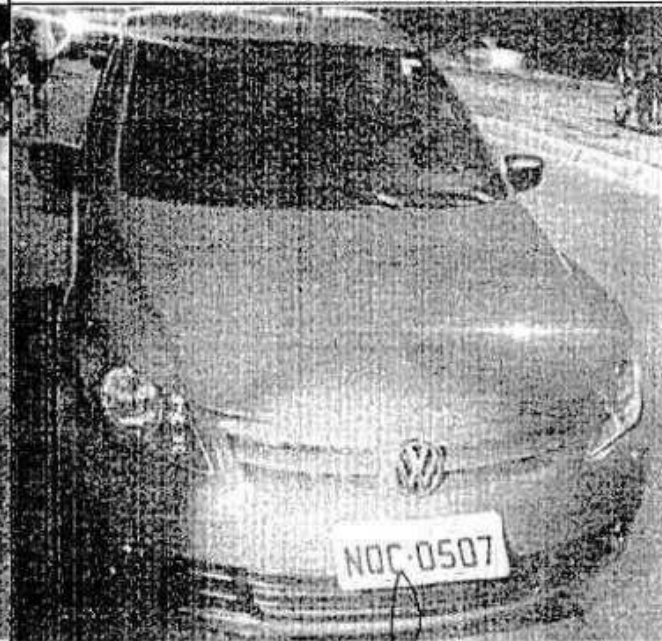
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de: *[Handwritten signature]*
EM: 01/10/2020

Rosivaldo Oliveira de Souza 3º SGT PM
Responsável pelo Levantamento





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



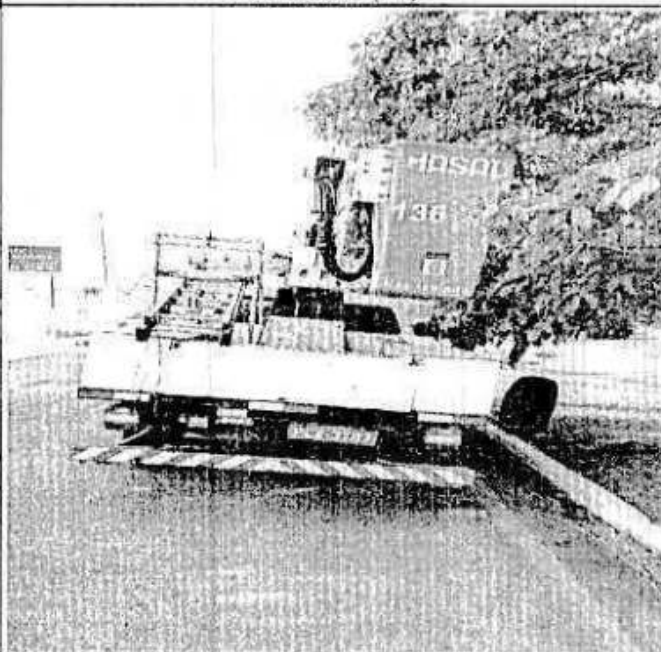
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0376/ 2020

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 ASE: 030.669.374-70 3 - CPF da vítima: 030.669.374-70 4 - Nome completo da vítima: Alexandre Santos de Araujo

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

5 - Nome completo: Alexandre Santos de Araujo 6 - CPF: 030.669.374-70
7 - Profissão: Eletricista 8 - Endereço: R. Cap. Severino Carneiro Nobrega 9 - Número: 338 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim São Paulo 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP:
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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 10179 CONTA: 51.239
(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 lixi, entendi, reconheço e dou, desde já e somente após a efetivação ou crédito, quitação por escrito 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 LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do 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 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo):

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

P5.001-0007/2019

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





Grupo: COMERCIAL BARRA TEREADE - Subgrupo B1
Classe: RESMTC B1 - Subclasse: RESIDENCIAL
Lugar: MONEFASCO
Roteiro: 1-5-31-7230 NºMódulo: 38000330457

 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1092852-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00010929521

 <p>VALOR DA FATURA</p> <p>R\$ 147,21</p>	 <p>VENCIMENTO</p> <p>11/11/2020</p>
 <p>REFERÊNCIA</p> <p>Nov / 2020</p>	 <p>CONSUMO</p> <p>171kWh</p>
<p>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</p>	
<p>6.18 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA</p>	

		DESCRITIVO									
CD	Descrição	Quant	Tamanho Tubo (R)	Material	Linea Cat.	Ang	QMG	Base Cat.	Peso (Kg)	Valor (R\$)	
0001	Suspensores (R)	171	Ø 1250	120.0	Galvni	25	25.52	9.40	0.06	4.40	
0002	LAVADORAS DE BOMBA										
0003	4 INCHES 5000 LITROS 4.0			5.50	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
0004	5000 LITROS 4.0			0.30	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
0005	MULTI 1000.0			2.26	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	

CCF Código de Classificação do Item	TC124	142,21	130,01	97,53	104,01	0,95	4,40
Título do Trabalho	0.562110						

RESERVED TO CISCO b00e.s633.65e2.s6d4.d4e207.e911.d710

HISTÓRICO DE CONSUMO (L/s)		COMPARAÇÃO DE CONSUMO		
Jan/19	162	Descrição Energia de Dist. de Energia SP Energia de Transp. Energia de Transmissão Energia Gerada Impostos, Deletos e Encargos Outros Serviços Total	Valor (R\$) 38,35 28,73 41,14 7,45 6,19 51,08 0,00 147,21	% 26,73 27,65 8,08 5,58 34,70 0,00 100,00
Feb/19	162			
Mar/19	171			
Apr/19	121			
Mai/19	161			
Jun/19	150			
Jul/19	151			
Aug/19	138			
Sep/19	147			
Out/19	139			
Nov/19	136			
Dez/19	128			
Med. Anual	161			
*Energia de distribuição				
PRÓXIMA LEITURA 03/12/2020		Energia de Distribuição de Energia SP (Ref. 07/2020) R\$ 47,28		

*Experimental results.

ÍNDICES DE QUALIDADE		PERÍODO: Maio/2000 - Junho/2000		
	MENSAL	APRIMORADO THOMETT	ANUAL	LIMITES DE TENSÃO (N)
Meta que o cliente faz com energia - E1	4,56	0,54	0,52	22
Meta que o cliente faz com energia - E2	1,22	1,31	6,47	CONTRATADA
Meta que o cliente faz com energia - E3	2,77	0,54	12,95	LIMITES INFERIOR
Meta que o cliente faz com energia - E4	12,22			LIMITES SUPERIOR

Δ 1 5 7 4 6 Δ 0

[illegible]

Arquitado pelo pagamento de multa do PIS/COFINS, conforme Declaração de Compilação CDE nº 13/2018 da Receita Federal e ausência de pendência na base de dados das contribuições não tributadas e não cobradas (art. 83, III, 2015/9).

HATIRLATILIR: BİTİRİM ORANI HİSABINA %50'İ 1 (bir) yıldan fazla süre içerisinde
 ÇNP/ÖZG/İTÜ/0001/43 - İnce Edil 10/05/2020

For a full range of products and services, contact us at 1-800-368-6868 or visit our website at www.3m.com.

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponivel para consulta e pagamento a partir de 04/11/2020

BANCO DO BRASIL Pagar preferencialmente no Banco do Brasil

00190 00009 03288.915000 01102.630173 1 84360000014721

PAGADOR: UAZ DE ARAUJO CARDOSO - CPF/CNPJ 086 832 704-24
RUA CAP SEVERINO CESARINO NOBREIA, 338 - JD SAO PAULO
JOAO PESSOA/PB CEP 58051-720

Nº do Documento	001092852302011	Data de Vencimento	11/11/2020	Valor do Documento	R\$ 147,25	Valor Pago	
-----------------	-----------------	--------------------	------------	--------------------	------------	------------	--

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A (CNPJ 00.395.183/0001-40)
 BR 230, Km 25 - Camo Realista - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
 Agência / Código do beneficiário: 0064-32447



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:37:46

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514374589000000037316163>

Número do documento: 21020514374589000000037316163

Num. 39146752 - Pág. 12

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

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS





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 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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, Flaviana do Silveira Moreira, inscrita (a) no CPF/CNPJ 448.079.624/69,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre Dantas de Araujo, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030.669.374/70, do sinistro de DPVAT cobertura inculpidez da Vítima
Alexandre Dantas de Araujo, 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 República</u>		Numero <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 98873-0310</u>

f. Pessoa de 11 de 2020
Local e Data

Flaviana do Silveira Moreira
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





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 vítima 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 TERCIO TRINDADE
AUXILIAR C/BAIETSHL
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.





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



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1245956



Identificação do paciente

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		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58051110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA
Número SN	Complemento	Bairro JARDIM SÃO PAULO	

Admissão

Data e Hora 14/07/2020 14:35:52	Número da pulseira 1000008777071	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Feito de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
---------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Blow, consiente orientado</i> <i>R1 TC5 - P22</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo

Imprimir





**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 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
Mão JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 988759503
Endereço FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional HELLOSMAN DE BRITO DIAS JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 14/07/2020 14:35:52		Data/Hora Prescrição 14/07/2020 14:43:35	Nº Cons. Regional 10251/PB

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. RELATA SÍNCOPE APÓS O TRAUMA. NEGA DOR TORÁCICA OU DISPNEIA. NEGA DOR ABDOMINAL OU PÉLVICA. NEGA ALERGIAS 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 NEUROCIRURGIA - SOLICITO RX DA COXA DIREITA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA - SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX + REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA 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 (MGTSM)
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 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA 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 10.251

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



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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	Telefone de Contato (83) 988759503
Mãe JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO		CNS	Prontuário
Endereço FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 14/07/2020 14:35:52		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 TRAUMÁTICAS TC CERVICAL: AUSENCIA DE ALTERAÇÕES CD. SOLICITO TC DE COLUNA DORSAL E LOMBAR ANALGESIA AV. DEMAIS CLÍNICAS

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, JOAO 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			Telefone de Contato (83) 988759503
Endereço FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 14/07/2020 14:35:52		Data/Hora Prescrição 14/07/2020 20:24:32	Nº Cons. Regional 4860/PB

ANAMNESE

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro



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
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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	Telefone de Contato (83) 988759503
Mãe JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO		CNS	Prontuário
Endereço FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 14/07/2020 14:35:52		Data/Hora Prescrição 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 DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO CD. INTERNAÇÃO HOSPITALAR APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS CLÍNICAS. INDICO TRAÇÃO TRANSTIBIAL APÓS LIBERAÇÃO DA JEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

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

Enfermeiro

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



Sempre juntos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente
ALEXANDRE DANTAS DE ARAUJO

Data de nascimento
05/04/1978

Mãe
JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO

Endereço
FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN

Acidente
VEICULO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
14/07/2020 14:35:52

Idade
42a 3m 9d

Motivo
ATROPELAMENTO

BAE
1245956
Sexo
Masculino

Bairro
JARDIM SÃO PAULO

Data/Hora Entrada
14/07/2020 14:35:52
CNS

Município
JOAO PESSOA
Profissional
TAMMER GOMES DE MORAIS
Data/Hora Prescrição
14/07/2020 18:18:38

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988759503
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
8104/PB

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 DEMAIS CLÍNICAS. INDICO TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

C. data

Em observação

Dr. Tammor 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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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 Masculino	CNS
Mãe JOANA DARC DANTAS DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 988759503
Endereço FARMACÊUTICO ANTÔNIO LEOPOLDO BATISTA, SN	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	UF PB
Data/Hora Classificação 14/07/2020 14:35:52		Data/Hora Prescrição 14/07/2020 21:16:32	Nº Cons. Regional 11385/PB

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 FÊMUR DIREITO CD. INTERNAÇÃO HOSPITALAR APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS CLÍNICAS. INDICO TRAÇÃO TRANSTIBIAL APÓS LIBERAÇÃO DA UROLOGIA.

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 > 180 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 180 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 < 80)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO



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

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

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Méico
Dr. Jansen Henriques

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM 11385/PB)

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA



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

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTÉRICA FEMUR DIREITO	5721

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSINTESE 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



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
ANTIBIÓTICOPROFILAXIA
Incisão:
VIA DE ACESSO LATERAL NO QUADRIL DIREITO, COM INCISÃO LONGITUDINAL;
AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA SUBTROCANTÉRICA FEMUR DIREITO
Condução:
REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO FRATURADO DO FEMUR PROXIMAL DIREITO, SOB
AUXÍLIO DE ESCOPIA
FIXADO PLACA DCS PARA FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
E SOB ESCOPIA (FIXADO COM PARAFUSOS CORTICAIS E DESLIZANTE)
REVISÃO HEMOSTÁTICA
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO ESTERIL
RX DE CONTROLE
Observação:
RAIO-X DE CONTROLE
HEMOGRAMA PÓS OPERATÓRIO

Médico/CRM:

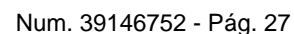
João Pessoa,

22/7/2020



FREE USPS

Reginaldo Junes de A. Silva
COREN-SP 971.136-TE



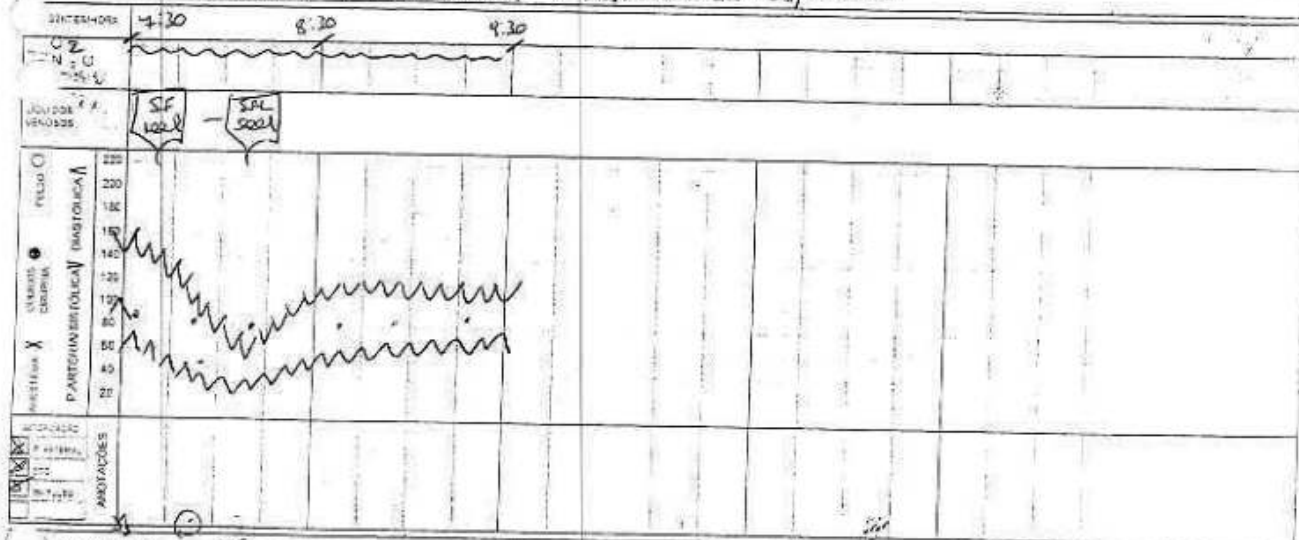
REESTRUT

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/07/2020

PRONTUÁRIO: 424 6956

PACIENTE: <u>ALEXANDRE SANTOS DE ARAÚJO</u>	SEXO: <u>M</u> COR: <u></u> IDADE: <u>42</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80</u> PULSO <u>90</u> RESPIRAÇÃO <u></u> TEMPERATURA <u></u> PESO <u></u> GRUPO SANGÜÍNEO <u></u>	
ESTADO GERAL <u>X</u> BOM <u></u> REGULAR <u></u> MAU <u></u> PÉSSIMO <u></u> RISCO CIRÚRGICO <u>X</u> BOM <u></u> REGULAR <u></u> MAU <u></u> PÉSSIMO <u></u>	
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VRM</u>	
AP. RESPIRATÓRIO <u>EUTÊMICO</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>ESTÁVEL</u>
AP. DIGESTIVO <u>JEJUM</u>	ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>
PRE-ANESTÉSICO <u></u>	DROGAS EM USO <u></u>
DOSE/HORA <u>0</u>	ESTADO FÍSICO/CSSA <u>I</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u></u>	
CIRURGIA REALIZADA <u>TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO</u>	
CIRURGIÃO <u>DR. KATINEY</u>	AUXILIARES <u></u>
INÍCIO DA ANESTESIA <u>7:30</u>	TÉRMINO <u>9:30</u> ANESTESIA <u></u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>	QUANT. DE CH. <u></u> VALORES RS <u></u>
ANESTESISTA <u>DR. TIERES + DR. BRUNO + DR. LISSANDRA (R)</u> CRM-PB <u></u>	



ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> ESPINAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> SEDACÃO
<u>RAQUIDIANA</u> → <u>PT MANTIDA 2000, VENTILADOR MANTIDA 150, SEDACÃO COM 1. PT SÓLIDO, ASSÉPTICA E</u>
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	MIDAZOLAM 2mg	11
2	MEPERIDINA 15mg	12
3	MEPERIDINA 30mg	13
4	CEFOTRIAXONA 1g	14
5	DEXMEDETOMIDINA 10mg	15
6	DEXMEDETOMIDINA 20mg	16
7	GUANIDETAMINA 0.5mg	17
8	EFEDEDRINA 50mg	18
9		19
10		20

USOS IMPORTANTES: PARAFARMACIA COM GLUCOSE 30%, PUNÇÃO MEDIANA A NÍVEL L3-L4, COM AGULHA QUINCKE 25G, LER (+), GUAZO, INJETIVO

(2) + (3) Bloqueio efetivo

Gestor PB
Tieres Reiterwald
Médico Anestesiologista
CRM-PB 71777

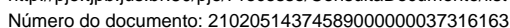
BRUNO P. L. de ARAÚJO
Médico
CRM-PB 71777

Assinatura



REFERENCES

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

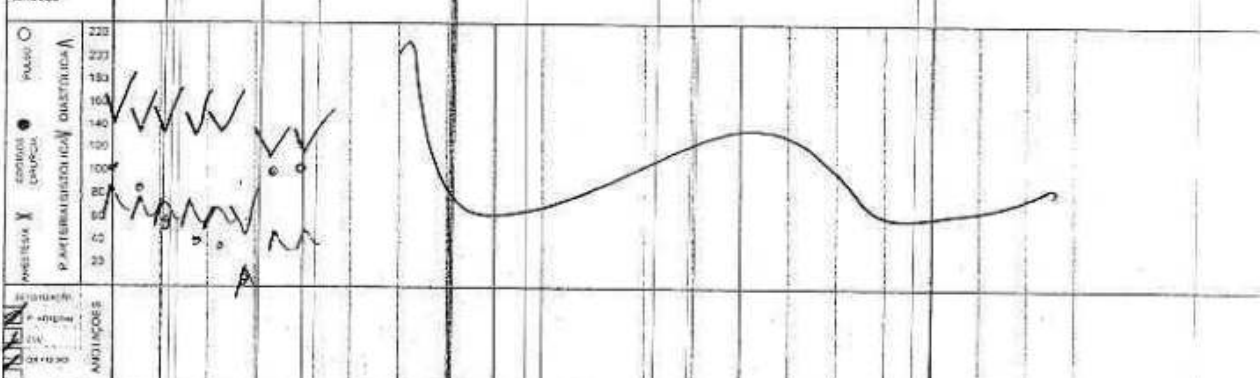




DATA: 14/07/20

PRONTUÁRIO: 1245956

PACIENTE:	Alexandre Dantas de Araujo		SEXO:	M	COR:		IDADE:	42
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	100	RESPIRAÇÃO	16upn	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO	
ESTADO GERAL:	(BOM) <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR	(MAU) <input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR	(MAU) <input type="checkbox"/> PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES		VPM						
AP. RESPIRATÓRIO		NPN		AP. CIRCULATÓRIO		NDW		
AP. DIGESTIVO		gástrico		ESTADO MENTAL		1076		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO								ESTADO FÍSICO (AS)
DOSE/HORA								2
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		fx de úmido ①						
CIRURGIA REALIZADA		-						
CIRURGIÃO		Ferreira		AUXILIARES		Rtaly		
INÍCIO DA ANESTESIA		19h		TÉRMINO DA ANESTESIA		20h		DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				QUANT. DE CH.				VALORES RS
ANESTESISTA		Ana Luiza Santos		CPF				CRM-PB 9190

[illegible][illegible]

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOCO PLEXO	<input checked="" type="checkbox"/> BLOCO NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
--	--	-----------------------------------	---	--	---------------------------------

20 de 2.ª jornada via irregular e de ASO unj. AL após exp. @ Pls q

QUANTIDADE	1	Indolam 2,5mg	11
NAL	2	Ketamin 15mg	12
SANLUR	3	Lidocaina 2% 1amp	13
BRUSE	4	Novelup 2% 1amp	14
TOTAL	5	Quelina 5mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6	Adrenalina 1amp	16
<input type="checkbox"/> API* <input type="checkbox"/> ENFERMAGEM	7		17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA	8	(1) monitorização	18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS SRPA	9	(2) Blog de N. Unival	19

(3) Agente anestésico A+A, Agente analgésico imediato,
 C3- U. 99 Quimex 25G, (CRP) 1mg AL 120mg de Morfina
 100mcg + 0,1mg de Diprort). Placa de 1mm após deitar paciente
 apresentando PCR em assistência, acontecendo imediatamente
 realizando MCE, TOT com TOT 4.5, sedativo 1000 após 1º ciclo
 o paciente acordou, foi realizado extubação
 do o SRPA Realizado ECG de 12 derivações
 em situação Estável.

Dra. Ana Luiza Porto
 Anestesiologista
 CRM-PP-3190

De hipótese diagnóstica síndrome inadequada + hipotensão profun-



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:

DIAGNOSTICO POS OPERATORIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CODIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 14/7/2020

HEETSHL

FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

SYNTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 9KG

João Pessoa,

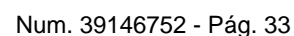
14/7/2020



1	FOCO ALVEOLAR	
2	FOCO CENTRAL	✓
3	MICROSCÓPIO	
4	CONIMETRO DE PULSO	
5	PLACA INVASIVA	✓
6	PERFORADOR ELÉTRICO	
7	SERRA	
8	CINCHAS	

9 TO 3

ASISTENTE





DATA: 14 107/20

PRONTUÁRIO: 1245956

PACIENTE: Negligência
Alexandre Santos de Araújo

DATA: 14/07/20 SEXO: M COR: IDADE: 42

PESO: 80 TEMPERATURA: 36.5 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: (☒) BOM (☐) REGULAR (☐) MAU (☐) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (☒) BOM (☐) REGULAR (☐) MAU (☐) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: X

AP. RESPIRATÓRIO: supressor AP. CIRCULATÓRIO: estável hemodinamicamente

AP. DIGESTIVO: em jejum ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: Nega ESTADO FÍSICO (ASA): I E

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: Midazolam 5mg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura em MID

CIRURGIA REALIZADA: Tração transesquelética

CIRURGIÃO: Dr. Carlos Alberto AUXILIARES: Dr. Jansen (R2)

INÍCIO DA ANESTESIA: 20:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 21:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 min.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. João Batista Fernandes CRM-PB: 6812

AGENTES: 20:30 U₂ N₂O

LÍQUIDOS VERTIDOS: SAL 500 ml SAL 500 ml

PULSO: 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0

GRÁFICO DE PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) vs TEMPO (min)

NOTAÇÕES: RS RS 100% 100%

ANESTESIA: ☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: Sedação

PRESENTE EM DDH, monitorizada. Transferida para o MSF. Sedação com (P+I+O). Mantido sob ventilação mecânica.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LÍQUIDOS

Glicose: 1 Glucose 10mg 11

Sal: 2 Midazolam 5mg 12

Bloqueio: 3 Lidocaína 2% + Ringer 100mg 13

Ringer: 4 Diprisona 3g 14

TOTAL: 1000 15

DESCRIÇÃO DO PACIENTE

☐ API? ☐ ENFERMARIA 16

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA 17

☒ OUTROS: URPA 18

19

20

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. João Batista Fernandes CRM 6812







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 FÊMUR 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PROCURAÇÃO

Outorgante: Alexandre Dantas de Araújo, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão eletricista, residente e domiciliado à Rua Copacaverina Nobrega nº 338, bairro Jardim São Paulo, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba Cep: 55010-000, portador(a) do Rg nº 1865544, SSP/ PB e CPF nº 030.669.374-70.

Outorgado: Flaviano do Silva Gomes, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba Cep: 55010-000, portador(a) do RG nº 2671190, SSP/ PB 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 14/07/2020, 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

