



08/02/2021

Número: **0802683-25.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **07/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CESAR NILDO DE ANDRADE (AUTOR)		LUCIANA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39207 273	08/02/2021 14:13	2782255_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 TRINDADE E PAULISTA - RJ
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DISTRITO NACIONAL DE RJ, 20000-000

Nome: CÉSAR WILDO DE AMORIM

CPF: 2261722-000-72

RG: 219.438.788-71

Data de Nascimento: 25/08/1977

Função: JOSE LUIS DE AMORIM

Endereço: MARIA ANITA DE AMORIM

Estado: RJ

Cidade: NITERÓI

CEP: 24020-000

Registro: 84162282143

Válida até: 12/03/2020

Exatidão: 27/07/2007

Observações:

Assinatura: *César Wildo de Amorim*

Local: NITERÓI - RJ

Data de Emissão: 20/02/2021

Assinatura: *AP*

Protocolo: 07102240001

Protocolo: 07062207020

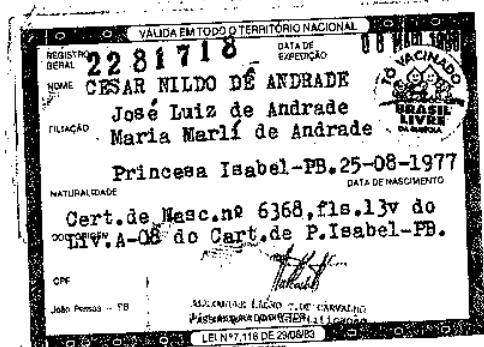
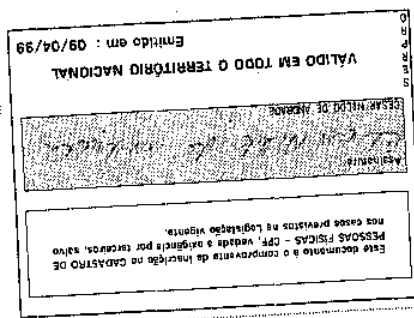
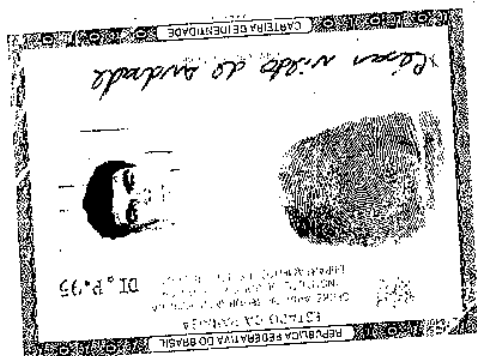
Polícia de Trânsito de Niterói

Válida até: 12/03/2020

Exatidão: 27/07/2007

Documentos de identificação





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414590/19

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

CPF: 219.438.758-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: CESAR NILDO DE
ANDRADE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



CESAR NILDO DE ANDRADE : 219.438.758-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE
CPF: 219.438.758-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

CESAR NILDO DE ANDRADE

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: CÉSAR NILDO DE ANDRADE
Data do Acidente: 30/05/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 919.438.758-71

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a União Estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): CÉSAR NILDO DE ANDRADE
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 919.438.758-71
E-mail: cesarnildoandrade@gmail.com Tel.: (89) 99888-0864
Data: 11/11/2019 Assinatura: Cesar Nildo de Andrade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente:
Data: 11/11/2019 Assinatura: [Assinatura]



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414590/19

Número do Sinistro: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

CPF: 219.438.758-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: CESAR NILDO DE ANDRADE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

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

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

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000000769-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0601202005000000000023703457000000000769337500 PAGO



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 ASI: 3190656/03 3 - CPF da vítima: 219.438.758-71 4 - Nome completo da vítima: CÉSAR NILDO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: CÉSAR NILDO DE ANDRADE 6 - CPF: 219.438.758-71
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA CAPITÃO JOAQUIM PEREIRA SILVA 9 - Número: 95 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MAIA 12 - Cidade: PRINCESA ISABEL PARATIBA 13 - Estado: 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: cesarnildoandrade@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (083) 99828-0864

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: 3457 6 CONTA: 0000769 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Princesa Isabel, PB 04 de dezembro de 2019

César Nildo de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15159467





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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190656103 Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01839/01840 - carta_03 - INVALIDEZ

00060920



Carta nº 15159740





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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01499/01500 - carta_02 - INVALIDEZ

00060750



Carta nº 1523725





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01743/01744 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656103

Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CESAR NILDO DE ANDRADE

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\$ 3.375,00

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 de um tornozelo 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

Recebedor: CESAR NILDO DE ANDRADE

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 00000769-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CESAR NILDO DE ANDRADE

PORTADOR(A) DO RG Nº 2281718 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 08/05/98 E

CPF 019438758-71 /CNPJ _____, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.737,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CESAR NILDO DE ANDRADE, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relaciona:

entados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3457-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 969-2

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

PRINCESA ISABEL 11 de NOVEMBRO de 2019

LOCAL E DATA

Cesar Nildo de Andrade

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16º AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 252/2019, LIVRO n° 01/2019, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CAERAL.

DATA: 31 de Maio do ano de Dois Mil e Dezenove
HORA: 17h10min
CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Boletim de ocorrência



Noticiante: RINALDO DE MEDEIROS FRANCISCO
Estado civil: casado RG: 1.492.797-2* Via SSP/PB CPF: 517.566.504-97
Sexo: masculino Nascimento: 28/04/1966 Idade: 53 anos
Nacionalidade: Brasileiro Naturalidade: Princesa Isabel/PB
Profissão: Agropecuarista Alfabetizado: sim
Filiação: JOSÉ FRANCISCO SOBRINHO E DE MARIA DO AMPARO MEDEIROS.
ENDEREÇO: Praça Miro Maia, n° 53, centro de Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE na data de 30 de maio de 2019, por voltas das 12 horas seu motorista CÉSAR NILDO DE ANDRADE, devidamente habilitado, perdeu o controle do automóvel Caminhão VW/10.160 DRC 4X2, ANO 2017, MODELO 2018, COR BRANCA CHASSI n° 9531M62PXLJRB12503, PLACA OFV 5884/PB de propriedade da GRANJA CASCAVEL LTDA EPP na aproximação da Serra Da Pinheira, entre Menais e Santana de Mangueira, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Princesa Isabel/PB, que foi realizado Raio X e constatado fratura do fêmur e bacia, que devido à gravidade foi encaminhado para o Hospital Regional de Patos/PB.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante

[Assinatura]
ESCRIVÃO/AGENTE

Mat 182.412.1

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascaval, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.

EMILIA CRICA | Endia Erica Alves Frasso - Iabela Interina
SERVIDOR PUBLICO REGISTRO: 11/11/2019 11:23:25
Lentido a presente copia, repudiada pelo do ofício
rescindido. Eu testamento da verdade.
Princesa Isabel-PB 11/11/2019 11:23:25
Suelio Moreira Torres
119-084427 EML 48 2 88 FONE: 3457 2381
EML DIGITAL: 119084427-0516
Garanta a autenticidade em: https://sebmigital.tjpb.jus.br



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 ASL: **3190656103** 3 - CPF da vítima: **219.438.758-71** 4 - Nome completo da vítima: **CÉSAR NILDO DE ANDRADE**

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

5 - Nome completo: **CÉSAR NILDO DE ANDRADE** 6 - CPF: **219.438.758-71**
7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA CAPITÃO JOAQUIM PEREIRA DA SILVA** 9 - Número: **95** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **MAIA** 12 - Cidade: **PRINCESA ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.755-000**
15 - E-mail: **cesarnildoandrade@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(083) 9 9828-0664**

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: **3457** **6** CONTA: **0000769** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Princesa Isabel-PB, 09 de Dezembro de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656103 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR NILDO DE ANDRADE **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBICA E FRATURA DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: APRESENTA DOR A APREENSÃO DA REGIÃO PÚBICA EDEMA EM MIE IMPORTANTE COM CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: FIXAÇÃO DE PERNA POR PLACA E FIXAÇÃO DA BACIA POR FIXADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO QUADRIL E TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190656103
Nome do(a) Examinado(a): Cesar Nildo de Andrade
Endereço do(a) Examinado(a): R Mns Valdemar, S/N
Maia Princesa Isabel BA CEP: 45170-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2281718
Data local do acidente: [30/05/2019]
Data local do exame: [18/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**DISJUNÇÃO DA SINFISE PULBICA
FRATURA DE PERNA ESQUERDA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: FIXAÇÃO DE PERNA POR PLACA
FIXAÇÃO DA BACIA POR FIXADOR
Complicações: DOR EM SINFISE PULBICA E ALTERAÇÃO DA MARCHA PELA FRATURA DA PERNA
Data da Alta: 20/10/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**APRESENTA DOR A APREENSAO DA REGIAO PULBICA
EDEMA EM MIE IMPORTANTE COM CLUADICAÇÃO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**DEFICIT DE MOBILIDADE PELA FRATURA DA PERNA
DOR AOS ESFORÇOS EM REGIAO PULBICA PELA DISJUNÇÃO**
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122

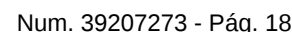

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CRM: 15122
TEOT: 10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Diagnóstico de Enfermagem _____

foi feita a limpeza de cateterização, com
descontaminação adequada por meio de álcool 70%
e a seguir o cateter foi inserido na veia
com a seguinte orientação: o cateter foi inserido
e a seguir a agulha foi retirada, ficando apenas
a agulha e o cateter. A agulha foi lavada com água.
em 10/10 e a agulha de limpeza de boca. O mesmo
foi encaminhado ao H.R.P.I. onde foi encaminhado à Ugo.
Dona e H.R.P.I.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: 02 g de dipizhama + 01 4litil 10
+ 01 000p. 100ml, 100ml 100.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 08

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 81 89 | Central de Atendimento: 0800 022 81 35



Eu, Cesar Nildo de Andrade,
RG nº 2287716, data de expedição 08/12/96,
Órgão P.B, CPF nº 279438758.77

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Cap. Yngueira Princesa Silva</u>
Número	<u>95</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Princesa Isabel</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>P.B</u>
CEP	<u>58.455</u>
Tel. de contato	<u>998 280864</u>
E-mail	<u>cesar_nildo@ig.rrn.net.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Princesa Isabel 05/11/2019

Cesar Nildo de Andrade

Assinatura do Declarante



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MOVS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Cel. Alencar, 282 - Centro - Princesa Isabel - PB 58400-000
Fone: (51) 39675-5049 | E-mail: erica@tjpb.jus.br

Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

CEsar Nildo de Andrade

Em test. da verdade, Princesa Isabel 05/11/2019 11:24:45

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente

[2019-006721]EML:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: AJJ98182-88BA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrevente



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 14:13:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020814135507200000037372799>

Número do documento: 21020814135507200000037372799

Dr. João
PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIARA

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIARA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - USB



Data: 30.05.19	ID Ocorrência: 516	☐ USB 08	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 12:00 Hs	Hora de Chegada no Local: 00:00 Hs
----------------	--------------------	---------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: Cezar Nogueira de Andrade	Idade: 42	Sexo: M	Telefone:
---	-----------	---------	-----------

Local da Ocorrência / Cidade: BR Santana	Bairro: Povo dos Coelhos	Médico Regulador: Joana
--	--------------------------	-------------------------

Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:

Apoio no Local: ☒ USB ☐ USA ☒ Resgate / Bombeiros ☒ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTAN ☐ Outro:

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Al. no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar

Destino (Unidade Hospitalar): H.R. Potos

Responsável e Função: Suelio Moreira Torres

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA	Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

CAUSAS EXTERNAS

> Acidente de Trânsito

☐ Acidente automobilístico:

☐ Acidente motociclístico

☐ Atropelamento por:

☐ Colisão carro x moto

☒ Capotamento

Outro:

ANTECEDENTES

☐ AIDS ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal





Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB: 7381
CRM-PE: 18836

Ortopedia e Traumatologia
- Artrose
- Osteoporose
- Ortopedia Pediátrica
- Patologias do Joelho / Quadril / Membros
- Ortopedia Esportiva
- Cirurgia Ortopédica
- Trauma
- Fraturas

LAVDO MÉDICO

Paciente Cesar Mildo de Andrade, 42 anos, vítima de acidente de carro há aproximadamente 06 meses (30/05/19). Tem na região do joelho de tíbia esquerda uma mobilidade cingida, com colocação de placa e parafusos na tíbia, e disjunção da região patelar com colocação de fixador externo.

No momento possui o volume de dificuldade de locomoção - ainda sendo feita a agitação de suas atividades por tempo indeterminado para atividades e a vida a mobilidade funcional.

UR: - Segue o joelho de tíbia (C.A.: 582.2 Tab. 2)

- Disjunção da região patelar (C.A.: 533.4)

Exame a ser realizado para avaliação

EMÍLIA ÉRICA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade,

Princesa Isabel-PB 11/11/2019 11:23:59

Isabel Kalline Frazão da Silva - Escrevente

[2019-004469] EMDL-R\$ 2,48 FAPEN-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A3686941-SULM

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

2ª TABELONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS

Emília Érica Alves Frazão - Tabela Interina

Rua Dr. Vitorino Pereira Lima, 259 - Centro - Princesa Isabel - PB - 51100-000

Cont. (351) 9097-5090 E-mail: tpb@emiliaerica.com

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7381 / CRM-PE 18836

06/11/19

Lab Vito Patos (Orlovila) - Rua Bossuet Wanderley, 361, Centro - PATOS-PB | 83 99906.5028

Policlínica Clímed - Rua Tenente Manoel de Oliveira Lima, 50, Centro (saída para Patos) - TEIXEIRA-PB | 83 3472.2901 / 99635.775

Clinica Odontológicas
CONCEIÇÃO - PB
83 9 9612 3216

Total Saúde - JURU-PB
83 99995.7142

Total Saúde (Ullamed) - TAVARES-PB
83 99660.1551

Total Saúde - PRINCESA ISABEL
83 3457.2662 / 99969.0581

Casa da Saúde - AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE - 87 3838.1591 / 9 9947.0105 | Clínica Dr. Robério Mathias - TABIRA - PE - 87 3847.2925 / 99825.51

C. Clínica Júnior Prato - ITAPETIM-PE Gênesis - ITAPETIM-PE Segvida - SÃO JOSÉ DO EGITO-PE Espaço Bem Estar - SÃO JOSÉ DO EGITO-PE
83 31224 / 99637.1787 87 99810.9116 87 3844.1680 / 99980.2944 87 3844.2942 / 99653.3325



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 14:13:55

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020814135507200000037372799>

Número do documento: 21020814135507200000037372799

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Cesari

Melo de Moraes

portador(a) da identidade RG _____,

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às 19 h 39, portador(a) da patologia CID-10

S39.9 / S82.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (180) dias, a
partir desta data.

Patos, 30/05/19

João H. Suassuna Laurear
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o(a) Dr.(a) _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tensão neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nóbrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2741





**PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER III)

**PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE RG. 2281718
CPF.: 219.438.758-71**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente supracitado vem sendo acompanhado no setor de fisioterapia desta instituição desde 09 de julho de 2019, compareceu ao tratamento de forma ininterrupta semanalmente até a presente data.

O paciente apresenta um diagnóstico cinético funcional de marcha claudicante e mobilidade reduzida no quadril, devido a uma sequela de fratura no quadril e tibia E, que esta limitando as suas atividades de vida diária, sem previsão de alta. Destaco que é necessário a continuidade do tratamento.

Princesa Isabel - PB, 06 de novembro de 2019.

Dr. Hercules M. Silva
Fisioterapeuta
CREFITO PB: 137221-F



COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL
SANTARÉM - PARÁ

GOVERNO DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
SANTARÉM - PARÁ

Nome do Paciente: Carson Ribeiro de Almeida N° Prontuário: _____

Data da Cirurgia: 08/02/2021 Inf.: _____ Leito: _____

Cirurgião: Dr. Claudenir de Faria 1° Auxiliar: Dr. Marcelo

2° Auxiliar: _____ 3° Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

Anestesia: Va. Geral Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura distal do úlna (E)

Tipo de Cirurgia: Fixação cirúrgica

Diagnóstico Pós-Operatório: _____

Relatório Imediato do Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente Durante a Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

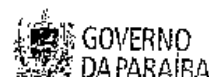
1. Abertura com corte em "J" no antebraço. Ajuste por campo cirúrgico. Incisão anterior, mediana e alongada por 15 cm. Retenção cirúrgica e fixação interna com 02 parafusos intramedulares e placa em "9" e parafusos. Sutura e curativo.

[Assinatura]
Dr. Claudenir de Faria
Cirurgião e Traumatologista
CRM 102.122

RELATÓRIO DE CIRURGIA



PACIENTE: <u>César Nildo de Andrade</u>		LEITO: <u>1603</u>		CONVÊNIO: <u>SUS</u>		IDADE: <u>41</u>		REGISTRO: <u>255.12</u>	
CIRURGIA: <u>Dijaneas da Epixe Pública</u>				CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Alves</u>					
ANESTESIA: <u>Raqui</u>				ANESTESISTA: <u>Filidion</u>					
INSTRUMENTADORA:				DATA: <u>30.05.19</u>		INÍCIO: <u>20:10h</u>		FIM: <u>21:15</u>	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	☒	Equipo-p/ sorole-sangue-
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	☒	Luva Est. p/ Procedimentos
☒	TX. Aplicação de Sangue	☒	Lâmina de Bisturi
☒	TX. Monitor Córdio-Respirador	☒	Sonda Foley <u>no 36</u>
☒	TX. de Laser	☒	Coletor de Urina
☒	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
☒	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
☒	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	☒	Seringa 10 ml
☒	TX. Aspirador Elétrico	☒	Seringa 20 ml
☒	TX. Oxímetro de Pulso		
☒	Neocain <u>Inalcauca</u>	☒	Eletrodos desc.
	Halotano	☒	Atadura de Crepom 10 cm
	Thionembatal		Atadura de Crepom 20 cm
	Quelicin		Atadura Gessada 10 cm
	Pavulon		Sonda Uretral
☒	Dorminid		Sonda Nesogástrica
	Fentanil 0,05 mg		Éter Sulfúrico
	Xilestesin a 5%	☒	Dreno-Penrose <u>Compressão</u>
	Inoval		Dreno Sucção
	Xilocaína a 2%		Dreno de Tórax
	Etodimide		Esparadrapo
	Ketalar		Xilocaína Gel
☒	Publicovaina 0,5%	☒	Álcool 70%
☒	Dimorf	☒	PVPI Tintura
	Lanexat 0,5 ml	☒	Gases
	Narcan		Algodão Hidrófilo
	Forane		Algodão Ortopédico
	Sufenta		Cidex
	Diazepam		Vaselina Esteril
	Água destilada 10 ml	☒	Agulha Descartável
	Prostigmine		Pastilha de Formol
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 c/ agulha
☒	Cefalotina 1g e Cefazolina		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
☒	Plasil <u>Ondasetrona</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
☒	Amicacina 500 mg		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Abbocote 20 e 22		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
		☒	<u>1 Nylon 3-0</u>



PACIENTE: <u>Carson Nilda de Andrade</u>				
QT.: <u>C.C.</u>	LEITO: <u>3603</u>	CONVENIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>41a</u>	REGISTRO: <u>25552</u>
CIRURGIA: <u>Prost. Cir. Test. Tuba. Sinf. Dr. Gaudêncio</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Tavi</u>	
ANESTESIA: <u>Roxane</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Tavi</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>Gessy</u>		DATA: <u>21-06-19</u>	INÍCIO: <u>10:25</u>	FIM: <u>12:10 h</u>



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador	✓	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	✓	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Bomba de Infusão	✓	Lâmina de Bisturi 24
	TX. Aplicação de Sangue		Sonda Foley
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Coletor de Urina
	TX. de Laser		Seringa 1 ml
✓	TX. de Curativo		Seringa 3 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 5 ml
✓	TX. Sala	✓	Seringa 10 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Eletrodos desc.
✓	TX. Oxímetro de Pulso	✓	Atadura de Crepom 10 cm
✓	Neocain <u>10ml 1.02</u>		Atadura de Crepom 20 cm
	Haloteno		Atadura Gessada 10 cm
	Thionembatal		Sonda Uretral
	Quelicin		Sonda Nasogástrica
	Pavulon		Éter Sulfúrico
✓	Dorminid		Dreno Penrose
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Sucção
	Xilestesin a 5%		Dreno de Tórax
	Inovel	✓	Esparadrapo
	Xilocaína a 2%	✓	Xilocaína Gel
	Etodimidade	✓	Álcool 70%
	Ketalar	✓	PVPi Tintura
	Publcovaína 0,5%	✓	Gases
	Dimorf	✓	Algodão Hidrófilo
	Lancet 0,5 ml	✓	Algodão Ortopédico
	Narcan		Cidex
	Forane		Vaselina Estéril
✓	Sufenta <u>descontado</u>		Agulha Descartável
	Diazepam		Pastilha de Formol
	Água destilada 10 ml		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Prostigmine		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
✓	<u>Cardina 19 e afilada</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Dixtal		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
✓	Dipirona		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
✓	Tilatil		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Amicacina 500 mg		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
✓	Agulha de Raque Descartável		Polycot 0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		
	Prolene 0 c/ agulha		



04

Materiais Médico Hospitalar EIREL

NF №

Prón'vória

Hospital St. Vincent's Hospital St. Vincent's Hospital

Vendedor

Paciente	L. B. J.
----------	----------

Time	Temp	Pressure	Flow	Humidity	CO2	PM2.5	PM10	NO2	O3	SO2	CO	CH4	Other
00:00	22.5	1013.2	1.2	65	400	15	30	10	45	5	0.5	0.1	0.05
01:00	21.8	1013.1	1.1	68	390	18	32	12	42	6	0.6	0.15	0.08
02:00	21.2	1013.0	1.0	70	380	20	35	15	40	7	0.7	0.2	0.1
03:00	20.5	1012.9	0.9	72	370	22	38	18	38	8	0.8	0.25	0.12
04:00	19.8	1012.8	0.8	75	360	25	40	20	35	9	0.9	0.3	0.15
05:00	19.2	1012.7	0.7	78	350	28	42	22	32	10	1.0	0.35	0.18
06:00	18.5	1012.6	0.6	80	340	30	45	25	30	11	1.1	0.4	0.2
07:00	17.8	1012.5	0.5	82	330	32	48	28	28	12	1.2	0.45	0.22
08:00	17.2	1012.4	0.4	85	320	35	50	30	25	13	1.3	0.5	0.25
09:00	16.5	1012.3	0.3	88	310	38	52	32	22	14	1.4	0.55	0.28
10:00	15.8	1012.2	0.2	90	300	40	55	35	20	15	1.5	0.6	0.3
11:00	15.2	1012.1	0.1	92	290	42	58	38	18	16	1.6	0.65	0.32
12:00	14.5	1012.0	0.0	95	280	45	60	40	15	17	1.7	0.7	0.35
13:00	13.8	1011.9	0.0	98	270	48	62	42	12	18	1.8	0.75	0.38
14:00	13.2	1011.8	0.0	100	260	50	65	45	10	19	1.9	0.8	0.4
15:00	12.5	1011.7	0.0	102	250	52	68	48	8	20	2.0	0.85	0.42
16:00	11.8	1011.6	0.0	105	240	55	70	50	5	21	2.1	0.9	0.45
17:00	11.2	1011.5	0.0	108	230	58	72	52	3	22	2.2	0.95	0.48
18:00	10.5	1011.4	0.0	110	220	60	75	55	2	23	2.3	1.0	0.5
19:00	9.8	1011.3	0.0	112	210	62	78	58	1	24	2.4	1.05	0.52
20:00	9.2	1011.2	0.0	115	200	65	80	60	0	25	2.5	1.1	0.55
21:00	8.5	1011.1	0.0	118	190	68	82	62	0	26	2.6	1.15	0.58
22:00	7.8	1011.0	0.0	120	180	70	85	65	0	27	2.7	1.2	0.6
23:00	7.2	1010.9	0.0	122	170	72	88	68	0	28	2.8	1.25	0.62

Médico	Alc.	Instrumentador
--------	------	----------------

Instrumentador

Continuing

Procedimento: REDA CUBO D. FRATUCCI

[illegible]

TOTAL

COND. DE PAGAMENTO

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbó - Camaragibe/PE - CEP 54765-138
 E-mail: marcelomendes@small.com

PHONE: (81) 3129-2456

E-mail: fromusitda@gmail.com

FONE: (81) 3129-2456 E-mail: promos@rednet.com.br
CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Vermelha - Comercial

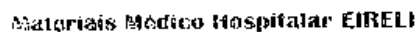


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 14:13:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020814135507200000037372799>

Número do documento: 21020814135507200000037372799

Num. 39207273 - Pág. 32



PEDIDO DE VENDAS

Nº

NF №

Frontispiece

Frontuário

Hospital

Hospital

Vendedor

Vendedor

Paciente

Paciente	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
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Date _____

Data

Médico

Médico

Instrumentador

Instrumentador

Convênio

Convênio

Proceedings :

Procedimento:

0702031003

COND DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONTE: (81) 3129-2456

E-mail: crovusltda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Fajuramento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 46388

PRONTUÁRIO 25512

DATA

30/05/2019

HORA

19:39

OPERADOR

MCARMO

MÉDICO

MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA

PACIENTE

CESAR NILDO DE ANDRADE

IDADE 41a 9m

RESUMO CLÍNICO:

Vitimas de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO:

Distúrbios de marcha

CID-10:

F80.0 Transtorno de conduta (6)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Reconstrução + fixação externa de fratura
de fêmur e artroscopia de joelho

SOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port. 326, 5/2019 em anexo

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Atendimento de rotina

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

() Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 14 DE 06 DE 2019

João H. Guassupá Laureano
Ortopedia e Traumatologia

REG. COF. CRM



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:	César Nildo de Lencastre		
Da Clínica:	Cardiologia	Enfermaria:	16
A Clínica:	Cardiologia	Leito:	03
Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)			
41			
Data:	31,05,19		
		Assinatura do Médico Consultante	
PARECER: Paciente sem queixas Cardiológicas Nega Condições de longo medicamentoso PA = 130 x 80 mmHg ECG = Normal Risco Cardio = Baixo Risco			
Data:	31,05,19		
		Assinatura do Médico Especialista	



REGIONAL DEPUTADO
JANDURY CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE
SAÚDE

SUSC

77

PRONT.: 25512 N°REQUIS.: 12512
PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE

EMIÇÃO: 31/05/2019
SEXO: M IDADE: 41

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

NINON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS: 3.830 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9
milhões/mm³
HEMOGLOBINA: 11,4 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO: 34,9 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53
VCM: 91,1 fL NORMAL 80 a 100
HCM: 29,8 pg NORMAL 26 a 34
CHCM: 32,7 g/dL NORMAL 31 a 35
RDW: 14,7 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGAMA

LEUCÓCITOS: 8.400 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
MIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
BASÓFILOS: 1 % 0084 /mm³ NORMAL 0 a 5
SEGMENTADOS: 80 % 6720 /mm³ NORMAL 35 a 65
EOSINÓFILOS: 4 % 0336 /mm³ NORMAL 1 a 4
BASÓFILOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1
LINFÓCITOS: 10 % 0840 /mm³ NORMAL 25 a 45
MONÓCITOS: 5 % 0420 /mm³ NORMAL 2 a 6

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 124.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA
SÉRIE BRANCA
SÉRIE PLAQUETÁRIA

OUTRAS OBSERVAÇÕES



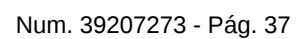
2

EMISSÃO: 31/05/2012
SEXO: M IDADE: 61

NORMAL 70 A 100
 ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
 SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO.....139 ng/dL

neg



REGIONAL DEPUTADO
JANEDDO CARNEIRO

16/03

COARAU
DEPUTADO

COARAU
DEPUTADO

SUSC
DEPUTADO

13

PRONT.: 25512 N°REQUIS.: 12512
PACIENTE: CESAR NILDO DE ANDRADE

EMIÇÃO.: 31/05/2019
SEXO: M IDADE.: 41

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método.: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.: 15 seg.
T.P. Controle.: seg.
Atividade.: 89 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.: 1,05
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.: 39 seg.
T.T.P.A. Controle.: seg.
Valores de Referência: 26 a 36 seg.
IAP Paciente.: 26 a 36 seg.





Atendimento: 201900322130

Idade: 41 anos

Paciente: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data: 30/05/2019

Data de Nascimento: 25/08/1977

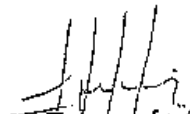
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 30/05/2019 19:27.


Dr. Saulo de Jesus de Sá Pereira
CRM 1585 - PB





Atendimento: 201900322130

Idade: 41 anos

Paciente: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data: 30/05/2019

Data de Nascimento: 25/08/1977

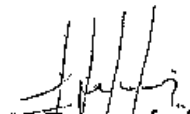
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 30/05/2019 19:27.


Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira
CRM 1585 - PB





Atendimento: 201900323342

Idade: 41 anos

Paciente: CESAR NILDO DE ANDRADE

Data: 01/06/2019

Data de Nascimento: 25/08/1977

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Espessamento mucoso de seio maxilar direito.

Complexos ostiomeatais com aspectos anatômicos normais e permeáveis.

Conchas nasais de forma e dimensões dentro da normalidade.

Meatos e fossas nasais livres.

Septo nasal íntegro e sem desvios significativos.

Regiões coanais de aspecto preservado.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 01/06/2019 14:14.

Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB



LAUDO PARA TESTE RÁPIDO

Nome do paciente: Leonildo de Andrade

Sexo: ☒ M ☐ F Data do Nascimento: / / IDADE:

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DAS HEPATITES B E C

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

HEPATITE B:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

HEPATITE C:

Amostra Não reagente: ☒ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE DENGUE E ZICA

Amostra: sangue total Método: Imunocromatografia

RESULTADO TESTE RÁPIDO:

ZICA VÍRUS:

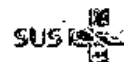
Amostra Não reagente: ☐ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

DENGUE:

Amostra Não reagente: ☐ Amostra Reagente: ☐ Amostra Inválida: ☐

RESPONSÁVEL: [Assinatura] DATA: 30/05/19





FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário _____ Data _____/_____/_____

Nome: César Nilda de Andrade

Sexo: () Feminino (X) Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: ____/____/____ **Pressão Arterial Pulso:** ____ **Respiração:** ____

Temperatura: _____ **Tipo Sanguíneo:** _____ **Hemáticas:** _____ **Hemoglobina:** _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: www.vetlab.com

Aparelho Respiratório: _____ **Asma:** _____ **Bronquite:** _____

Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____

Aparelho Digestivo: Tefim 28h Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Consciente Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fratura Tibia Distal Estado Físico: ASA 1 Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: Midazolam 5mg Aplicada às: _____ Efeito: _____

10:30 11:00 11:30

CÓDIGO		UNO	DOZ	DUZ	CÓDIGO
PA. ARTERIAL	PA. VENOSA				
240	240				
220	220				
200	200				
180	180				
160	160				
140	140				
120	120				
100	100				
80	80				
60	60				
40	40				
20	20				
Símbolos					
Anotações					

INDUÇÃO		
Satisf _____	Excit _____	Tosse _____
Laringo Espasmo _____		Lenta _____
Náuseas _____		Vômitos _____
Outros _____		

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____

Não, porque? _____

DESPERTAR	
Reflexos na SO	
Obstr. CO2	Excit.
Náuseas	Vômitos
Outros	
Com cânula	
para o leito sim	não

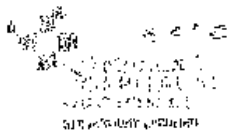
Posição Decubito Lateral (E)

Agentes: Neacume iodizate 0.5% + Mo. f. 80mg Cănuia: _____

Técnica Rogianografia + Lumbos 43-64 Operação: Ortopedia de Fratura de T. L. do

Cirurgiões: Dr. Galdino Anestestistas: Dr. Tavo





TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, Caros Nildo de Andrade, RG
2281718 Residente
Rua Capitão Joaquim P. Silva, Princesa Isabel^a
 declaro ter sido informado, acerca de realização de exames
 sorológicos, e concedo realizar a coleta de sorologia.

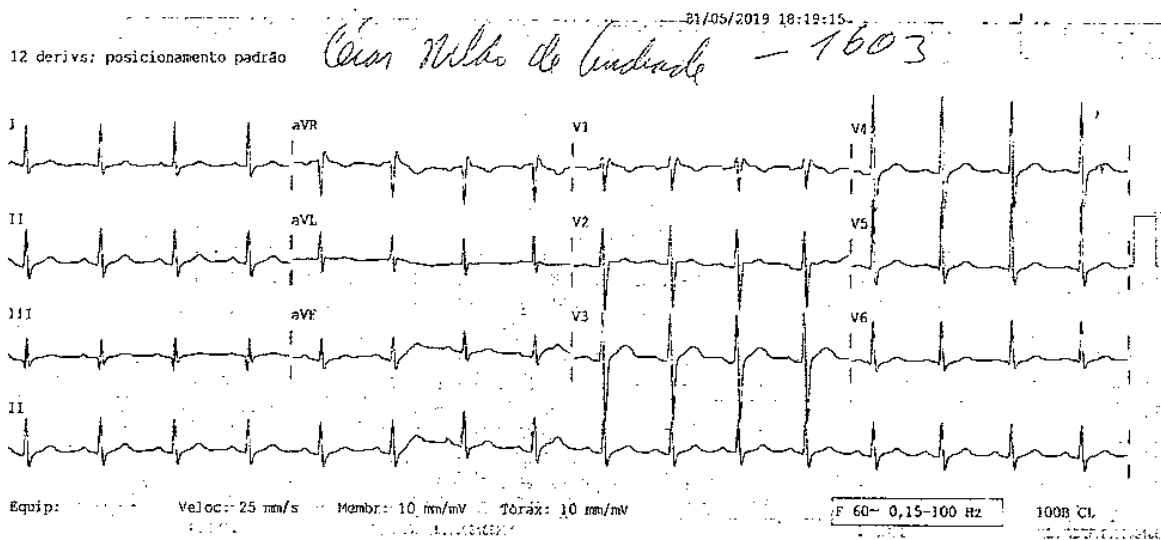
Patos, 30 de 05 de 2019.

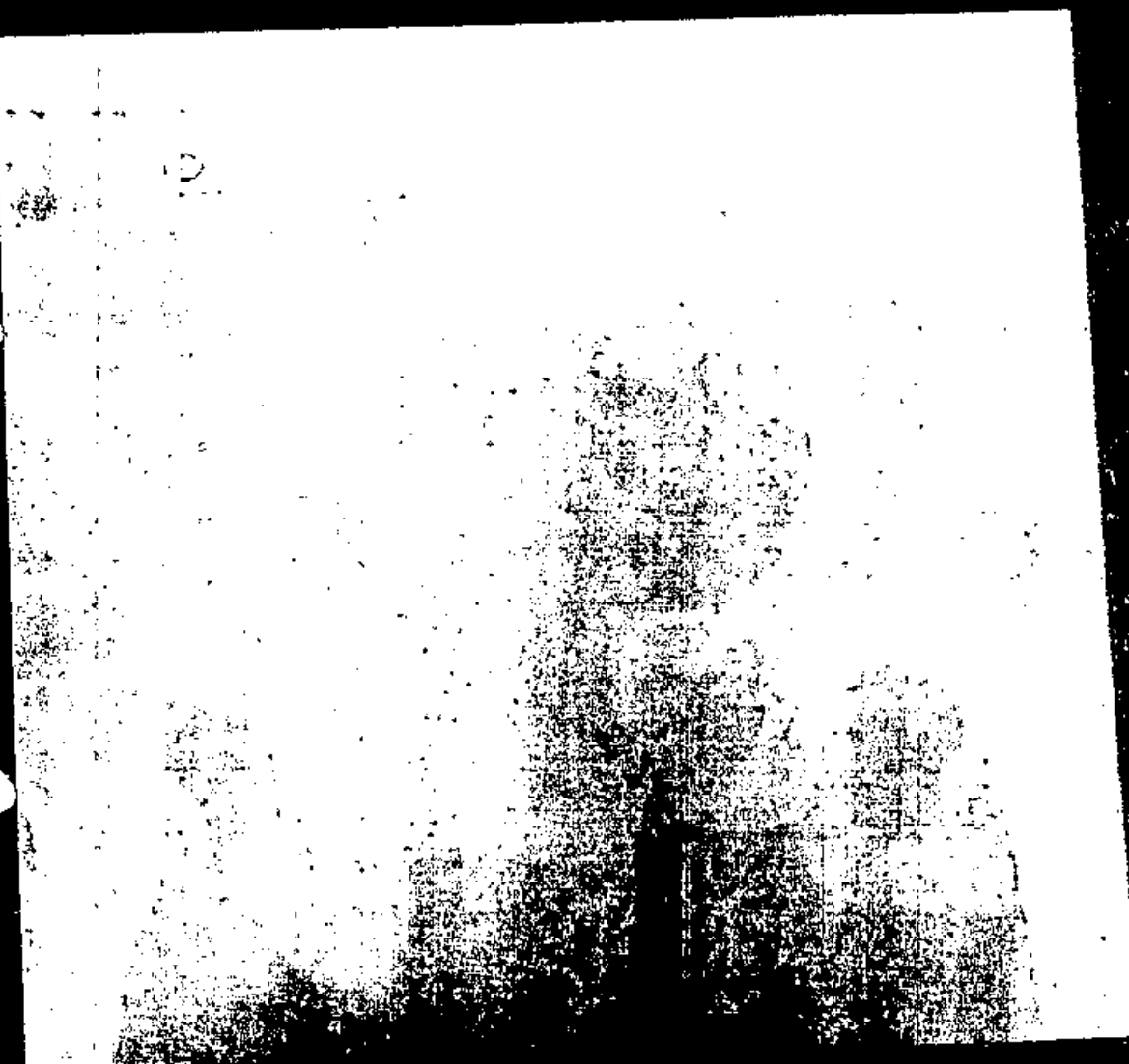
Gilberto dos Santos Amorim

Assinatura do Paciente

Paciente impossibilitado de assinar, sendo
 assinado, autorizado por sua esposa.



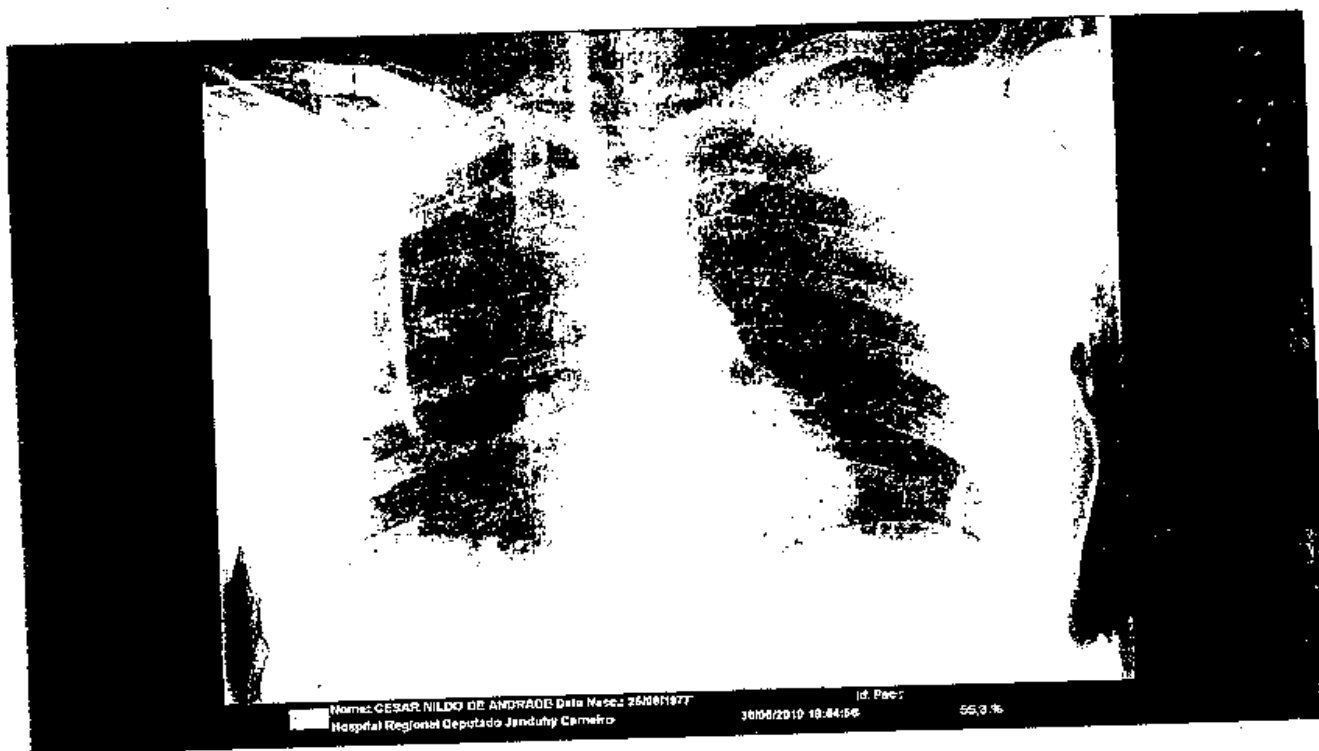


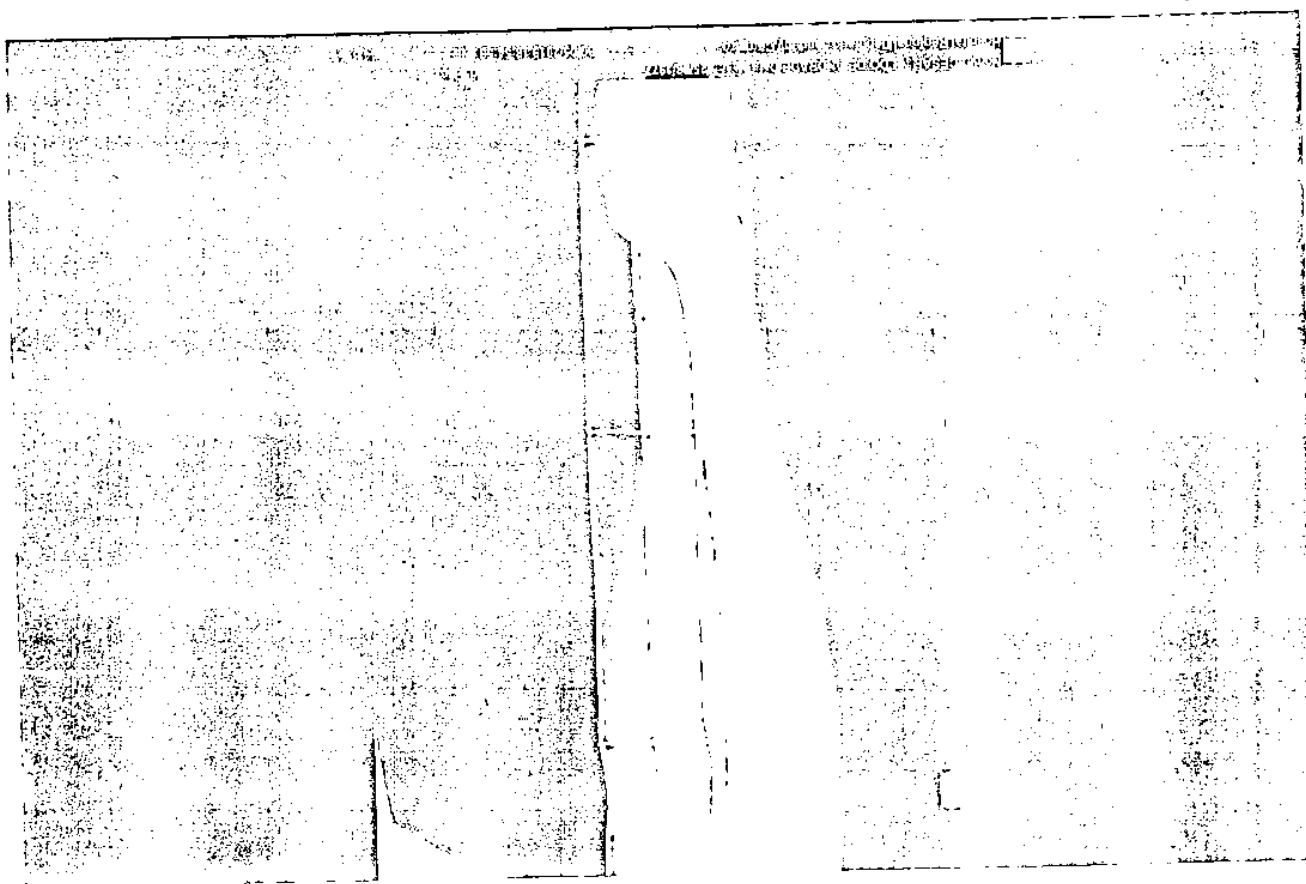


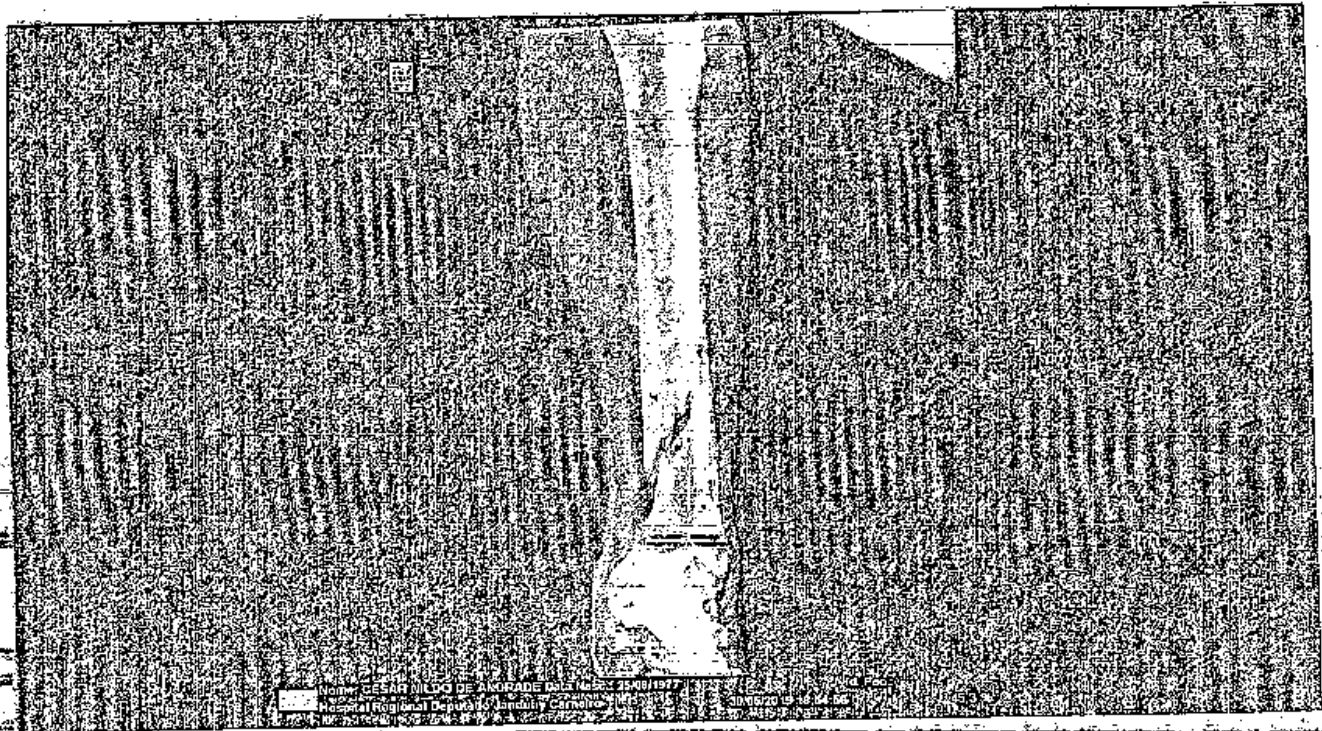
Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 26/08/1977
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 30/05/2019 18:54:56 60,0%



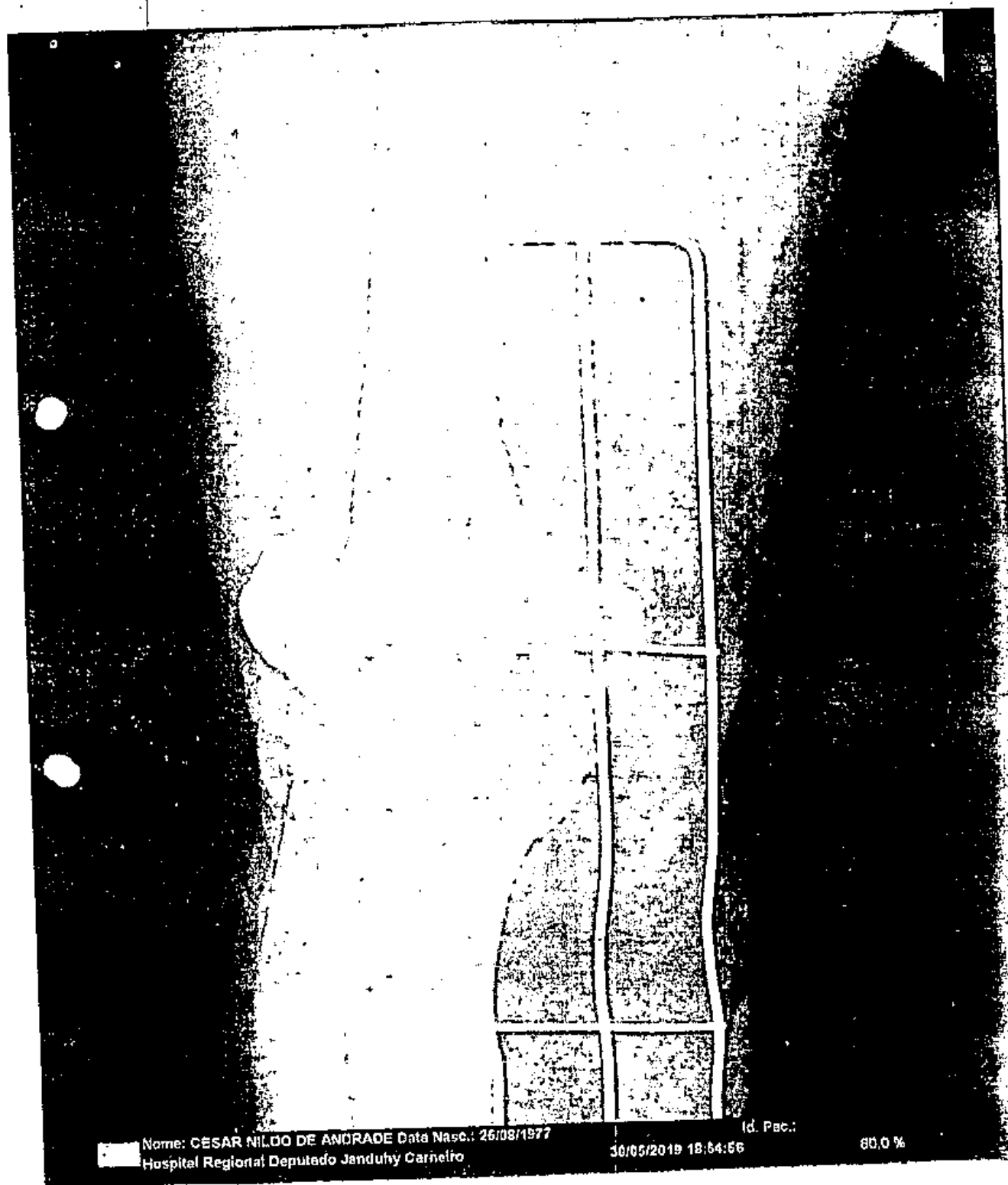


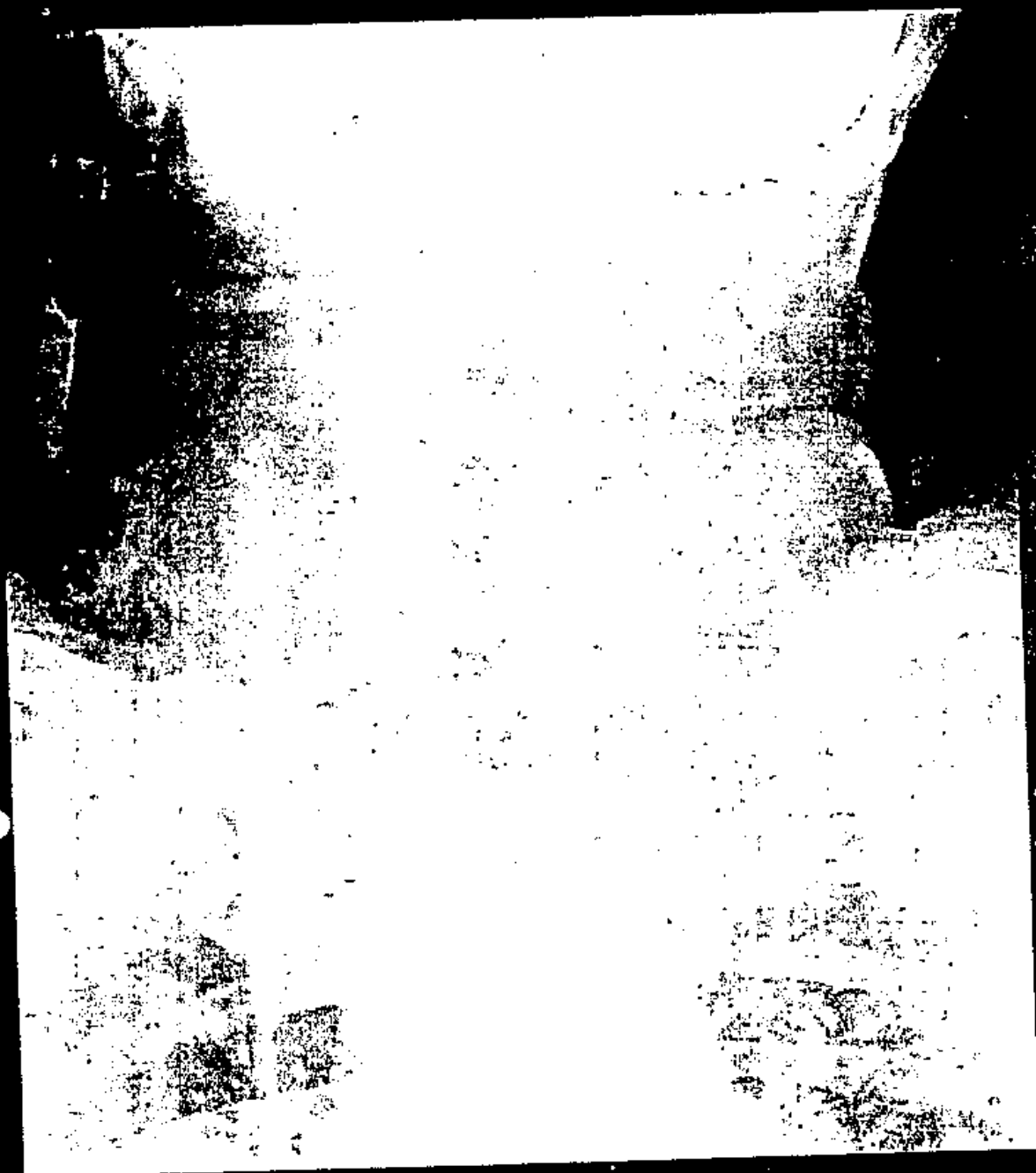




Nome: CESAR NILDO DE AMORIM RIBEIRO 25/01/1977
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 14:13:55
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020814135507200000037372799
Número do documento: 21020814135507200000037372799





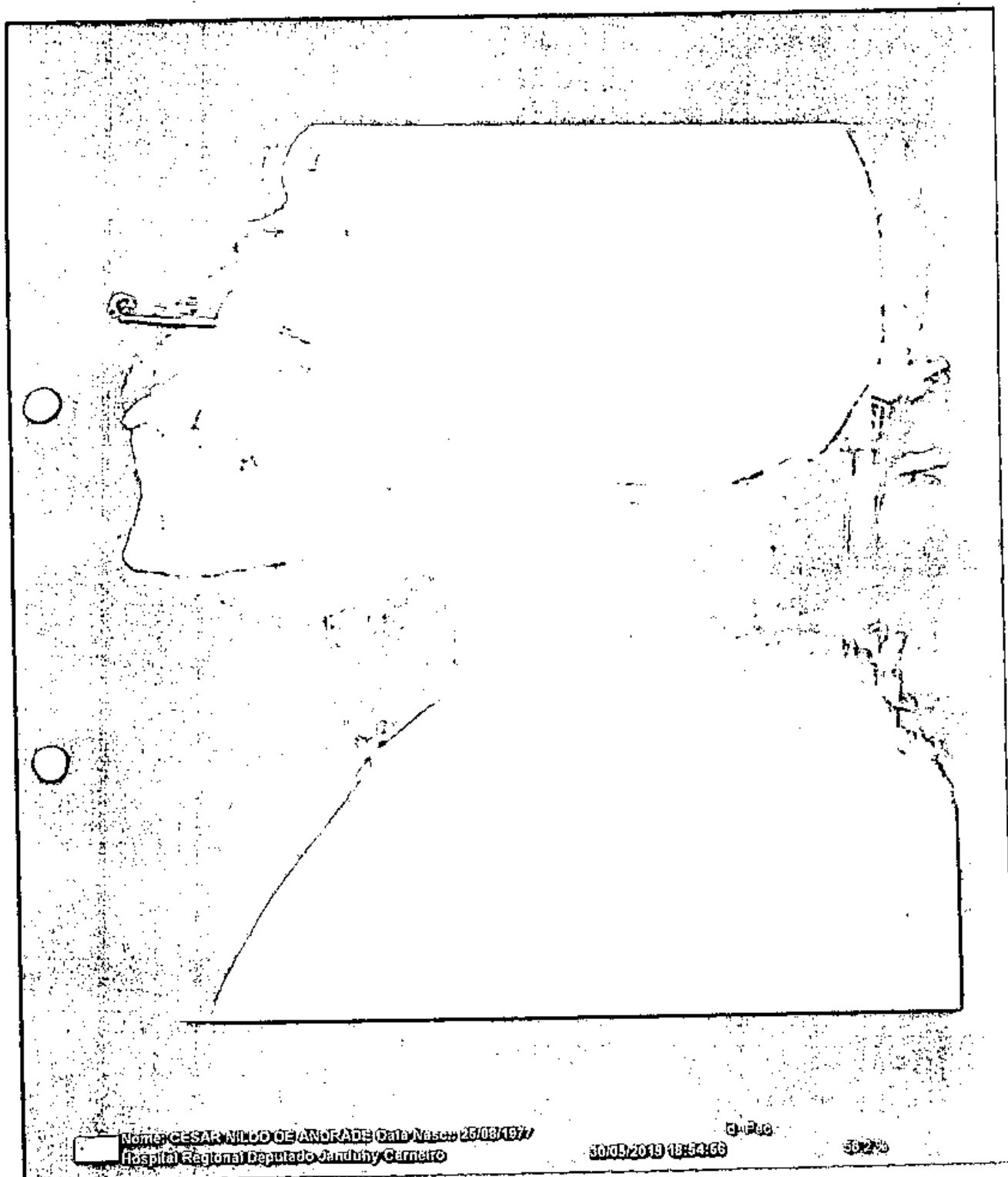


Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 26/08/1977
Hospital Regional Deputado Janduiry Carneiro

Id. Pac.:
30/05/2019 18:54:56

86,3 %



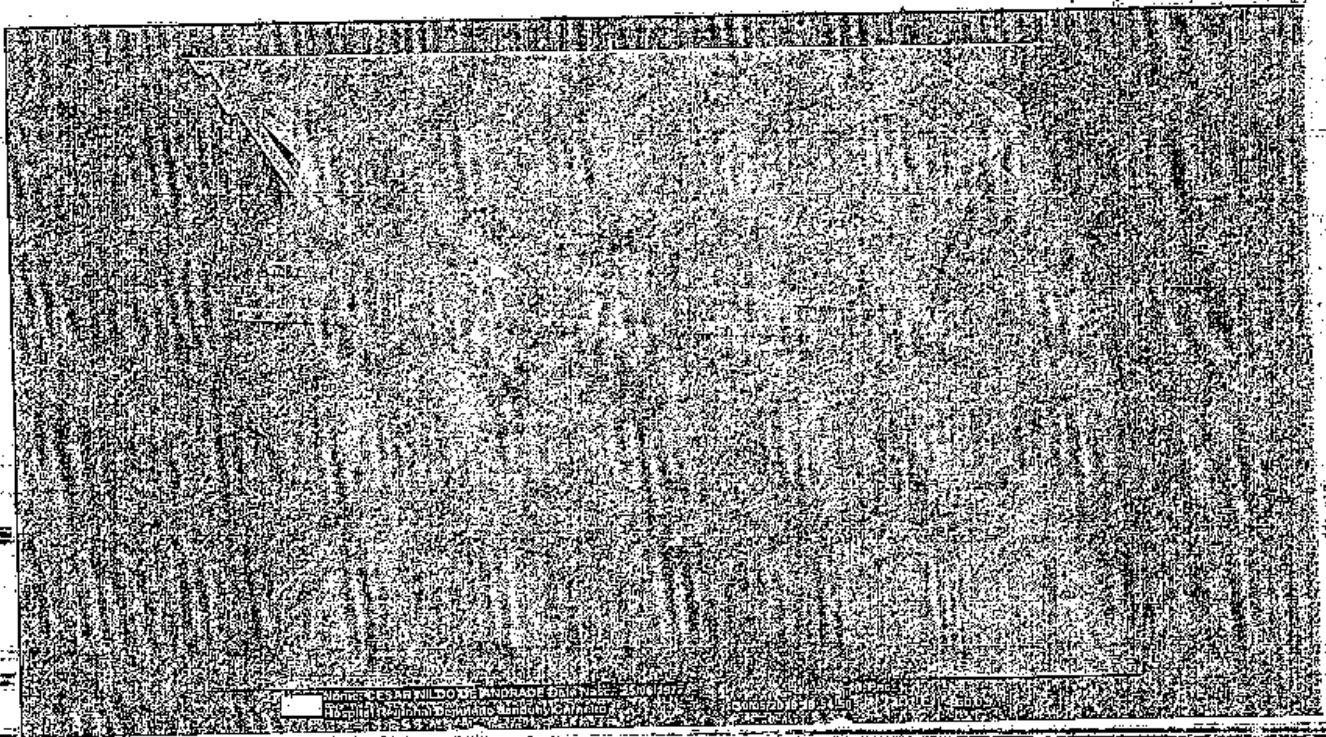


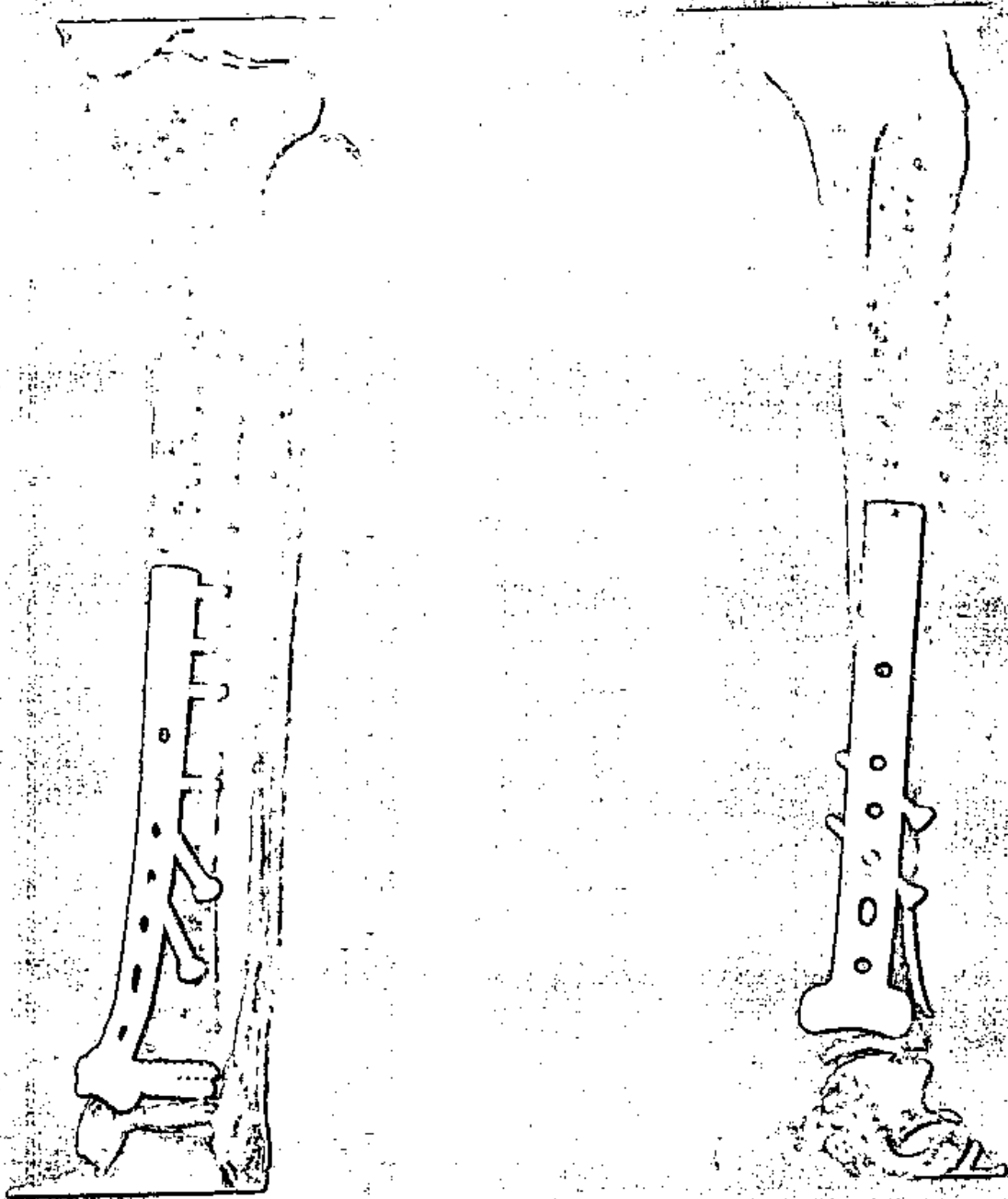
PACIENTE SEM
CONDIÇÕES FÍSICAS
DE REALIZAR O PRFPI.

Nome: CESAR NILDO DE ALMEIDA DALL AGUIAR 25.08.1977
Hospital: Hospital de Referência Landiary - Curitiba

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 14:13:55

Num. 39207273 - Pág. 54





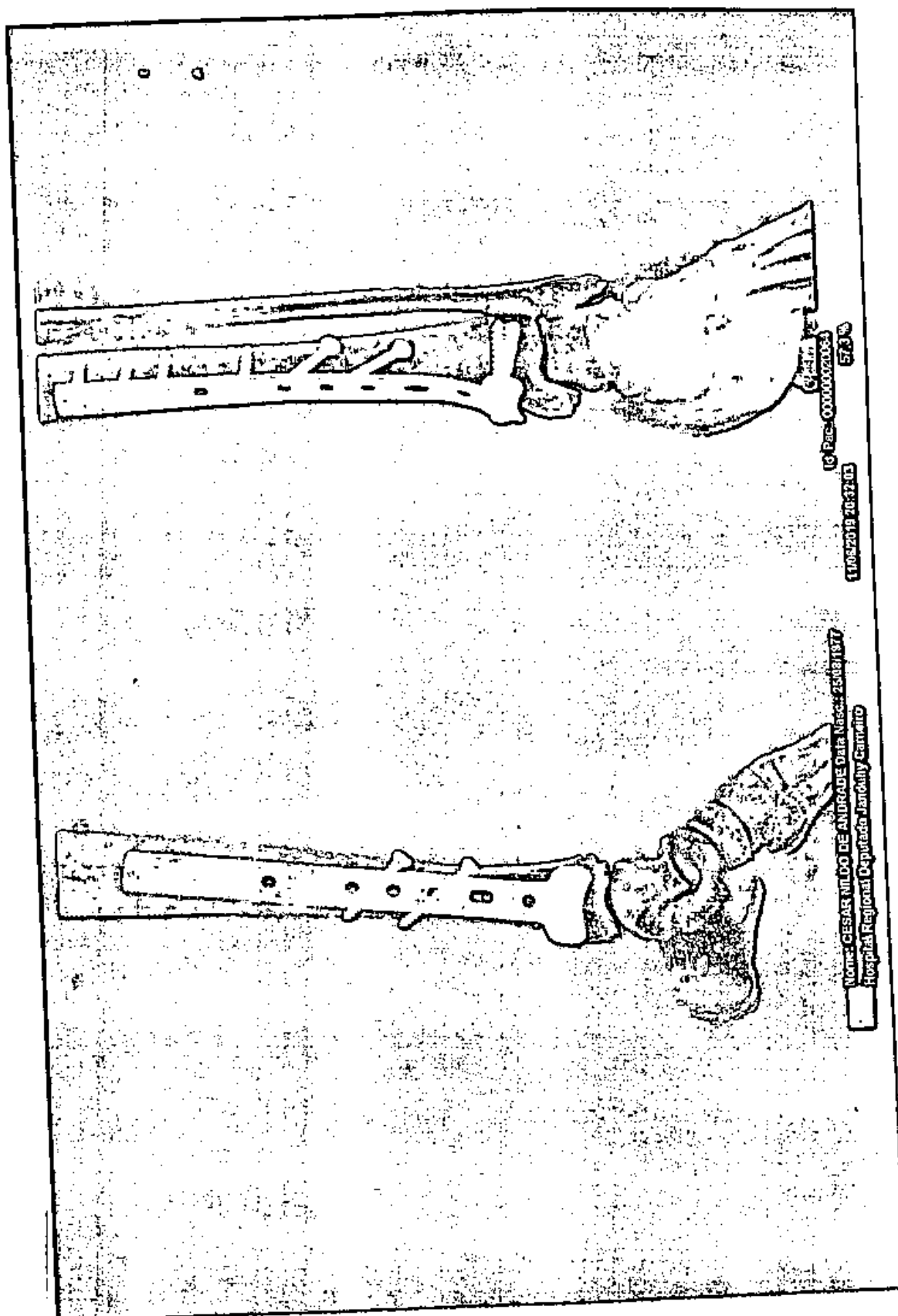
Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 25/08/1977
Hospital Regional Deputado Gaudilhy Carneiro

11/08/2019 20:32:03

Cl Pac.: 000000020064

5819





11/05/2019 10:37:03
 13 Pac-0000000003
 5733

Nome: CESAR NILDO DE ANDRADE Data Nasc.: 25/08/1977
 Hospital Regional Deputado Jaridny Corrêa

