



Número: **0831103-77.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/05/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ANTONIO ANDRE SALES (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74787 038	15/06/2023 10:47	2884177_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210064226 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES **Data do acidente:** 18/12/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 5 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210064226 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES **Data do acidente:** 18/12/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 5
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO.

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE EDUARDO DA SILVA brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Amélia, nº 333, bairro Amélia, Município de Curitiba, Estado de (o) PR, Cep. 81331-003, portador(a) do Rg nº 3.30.3903 SSP/PR e CPF nº 063.883.484-20

Outorgado: JOSE EDUARDO DA SILVA brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Amélia, nº 333, bairro Amélia, Município de Curitiba, Estado de (o) PR, Cep. 81331-003, portador(a) do RG nº 3.30.3903 SSP/PR e CPF nº 063.883.484-20

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 a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) JOSE EDUARDO DA SILVA, ocorrido em 18/01/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal

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.

JOSE EDUARDO DA SILVA de 18 de Jan de 2020

JOSE EDUARDO DA SILVA
Outorgante
CPF nº 063.883.484-20

S: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056108/21

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF: 061.883.484-20

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ANTONIO ANDRE SALES : 061.883.484-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/02/2021
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/02/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056108/21

Número do Sinistro: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF: 061.883.484-20

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSE ANTONIO ANDRE SALES : 061.883.484-20

Autorização de pagamento

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: 05/03/2021

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2021

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056108/21

Número do Sinistro: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF: 061.883.484-20

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 18/03/2021
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 26 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210064226 Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Data do Acidente: 18/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ANTONIO ANDRE SALES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 00251/00252 - carta_03 - INVALIDEZ

00020126



Carta nº 16614580





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, 17 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210064226 Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Data do Acidente: 18/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ANTONIO ANDRE SALES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 01595/01596 - carta_03 - INVALIDEZ

00030798



Carta nº 16672836





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, 16 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Data do Acidente: 18/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ANTONIO ANDRE SALES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000141382-5

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.

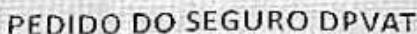
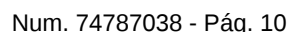
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



FPS 001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escreva o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 061.883.484-20

3 - CPF da vítima: 061.883.484-20

4 - Nome completo da vítima: Jose Antonio Andre Sales

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

5 - Nome completo: Jose Antonio Andre Sales

6 - CPF: 061.883.484-20

7 - Profissão: Recusado

8 - Endereço: S. J. Mansangana

9 - Estado: SP

10 - Complemento: S/N

11 - Bairro: Area Rural

12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo PB

13 - CEP: 58337-000

14 - Telefone: 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:

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMÁTICA (Detalhada no formulário bancário) ☐ CONTA CORRENTE (Detalhada no formulário bancário)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 1413 82 5

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE TAPPO DO IML - PREENCHIMENTO SIMILAR PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE TAPPO DO IML - PREENCHIMENTO SIMILAR PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinarei uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o pagamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já em não submeter a avaliação técnica da unidade de 10% (dez por cento) sobre o valor da indenização a quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 10, § 1º, da Lei nº 1.326/68, desde que a indenização não signifique prejuízo econômico com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, nos termos do art. 10, § 2º, da Lei nº 1.326/68.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SIMILAR PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima deixou testamento? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ 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, quando houver casos que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a subtração de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

35 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

36 - Assinatura de quem assina a peça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 22/02/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00027.01.2021.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00027.01.2021.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:24 horas do dia 25 de janeiro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Antonio Andre Sales**, CPF nº 061.883.484-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Severina Andre Sales e Mariano Francisco Sales, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/10/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Massangana, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Sítio Massangana, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Massangana, Cruz do Espírito Santo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/12/20 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

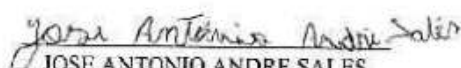
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/12/2020, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2002/03, PLACA MOU-1210/PB, CHASSI 9C2JC30103R042916, REGISTRADA EM NOME DE JAILMA LIMA DOS SANTOS, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PB, QUANDO FOI REALIZAR UM RETORNO, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATE O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESAQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. DAVID LUCENA MATIAS.

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

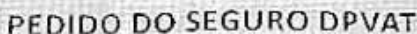
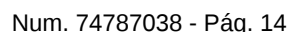
João Pessoa/PB, 25 de janeiro de 2021.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOSE ANTONIO ANDRE SALES
Noticiante

Procedimento Policial: 00027.01.2021.1.00.420



FPS 001 V002/2019

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321006422601
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000141382

Número da Autenticação

101806BE7C0B0EA3



JOSE ANTONIO ANDRE SALES

SEMPRE COM O MELHOR PREÇO

CRUIZES - RJ

Endereço: 32000-000 - RJ

Cidade: CRUIZES - RJ

CEP: 32000-000

ENERGISA

Cod. aut. 000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ

Jan / 2018

22/01/2018

21/02/2018

618834842

UC (Unidade Consumidora)

3/132308

de contato

Nome do titular da conta: JOSE ANTONIO ANDRE SALES
CPF: 618834842
Endereço: 32000-000 - RJ
Cidade: CRUIZES - RJ
CEP: 32000-000

Quilômetros

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Data

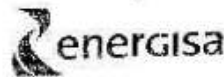
Leitura

Data

Leitura



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
PLANEJANTE FISCAL COST+CONTRATO
CADA PESSOA/FB 187 337 84 12 33



CEP: 01048-000 - São Paulo, SP

Endereço: Rua do Comércio, 100 - Jd. do Paraíso
Cidade: São Paulo, SP - CEP: 01048-000



CADASTRE SUA FATORIA DE DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 0001698281

VALOR DA FATURA R\$ 229,97	VENCIMENTO 28/12/2020
REFERÊNCIA Dez / 2020	CONSUMO 255kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRIPTIVO									
CD	Descrição	Unidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo de Energia	kWh	255,00	1,00	255,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	Imposto de Renda	Reais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CD: Código de Débito - 0001698281
Tabela de Tributos - 0001698281

RESERVADO AO FISCO									
HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)					COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
Período	Consumo	Valor	Valor	Valor	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor
01/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
02/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
03/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
04/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
05/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
06/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
07/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
08/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
09/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00
10/10/2020	255,00	1,00	255,00	0,00	Consumo de Energia	255,00	1,00	255,00	0,00

INDICADORES DE QUALIDADE									
Índice	Valor	Valor	Valor	Valor	Índice	Valor	Valor	Valor	Valor
Índice de Satisfação	95,00	95,00	95,00	95,00	Índice de Satisfação	95,00	95,00	95,00	95,00
Índice de Qualidade	95,00	95,00	95,00	95,00	Índice de Qualidade	95,00	95,00	95,00	95,00
Índice de Eficiência	95,00	95,00	95,00	95,00	Índice de Eficiência	95,00	95,00	95,00	95,00
Índice de Segurança	95,00	95,00	95,00	95,00	Índice de Segurança	95,00	95,00	95,00	95,00

ATENÇÃO

Este documento é uma cópia eletrônica da fatura de energia elétrica emitida pela Energisa. A fatura original é a única válida para fins legais. A fatura eletrônica é emitida em conformidade com a Lei nº 11.073/2004, que dispõe sobre a validade da assinatura eletrônica.

Endereço: Rua do Comércio, 100 - Jd. do Paraíso
Cidade: São Paulo, SP - CEP: 01048-000

Telefone: (11) 3333-3333

E-mail: atendimento@energisa.com.br

Site: www.energisa.com.br





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF¹.

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 9.513/98.

Pelo exposto, eu **JOSÉ EDUARDO DA SILVA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **455.536.024-91**

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Antonio Andre Sales

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **061.883.484-20**

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalididez

de Vítima

José Antonio Andre Sales

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **061.883.484-20**

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:
RUA AGENTE FISCAL JOSE C DUARTE

Número:
167

Complemento:

Bairro:
MANGABEIRA

Cidade:
JOÃO PESSOA

Estado:
PB

CEP:
58066-384

E-mail:

Tel.(DDD):
(53) 98883-4900

Local e Data: **JOÃO PESSOA - PB**

30/02/2023

Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





ALG



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **JOSÉ ANTÔNIO ANDRÉ SALES** ENFERMARIA/LEITO: **11/140**
IDADE: **37** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
DATA DE ADMISSÃO: **18/12/2020** DATA DE ALTA: **24/12/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **6 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL:	CID:
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO	S52
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	
O MESMO	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
PRINCIPAIS EXAMES:	
RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:	
ANATOMIA PATOLÓGICA:	
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
CONDIÇÕES DE ALTA:	
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO:	
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.	
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...	
REPOUSO: Relativo em casa por: 15 DIAS Retorno às atividades sem esforço físico em: 30 DIAS Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 DIAS e com esforço maior em 90 DIAS .	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico	

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 DIAS.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.

Médico:

Dr Milton Linhares

24/12/2020

Data

David Ferreira Lucena Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 13263

Assinatura do Médico

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



CERTIDÃO

Nº. 0142/2021

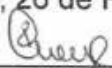
Atendendo solicitação de **JOSE ANTONIO ANDRÉ SALES** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de ficha de atendimento nº 365723 e prontuário nº 2020.12.1910 pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 18/12/2020 às 09h02min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal direito e redução cruenta + fixação interna. Realizado procedimento cirúrgico no dia 23/12/2022. Com alta médica no dia 24/12/2020.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Fevereiro de 2021

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3543


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RU. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
580 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 365723 Atd: Nao Regulado
Data: 18/12/2020
Hora: 09:02:09
Recepcionista: NAJARA DOS SANTOS ALVEI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ANTONIO ANDRE SALES Num. de vezes atendido: 2
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 061.883.484-20 Num. Prontuario: 2020.12.001910
CNS: 700409419767346 Sexo: M IDENTIDADE: 3101992 Fone: 981097481
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/10/1983 Id: 37 ano(s)
End.: ASSENTAMENTO MASSANGANA, 00
Bairro: MASSANGANA II Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB
Mae: SEVERINA ANDRE SALES Pai: MARIANO FRANCISCO SALES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

IRMAO-LOURIVAL

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO NA BR 230

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

RA:	FR:	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
FC:	TP:	[]	Politraumatizado	[]	Convulsao
Peso:	Altura:	[]	Hemorragia	[]	Dispneia
Glicemia:	IMC:	[]	Diarreia	[]	Agitado
cc. Abd:	O2%:	[]	Regular	[]	Chocado
		[]	Vomito		

Q: a Principal

Observacao

Paciente trazido pelo BOMBEIRO. Rega perda da consciência
intima de acidente de moto. bu vômitos.
Nega trauma toraco-abdominal.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

① VAP 87 cervicalgia
② boa exp. torácica ③ hemod. estável. pulse estável.
Abdome indolor. ④ Glasgow 15. ⑤ Fratura em MSD?

Diagnostico

Conduca Rx MSD / MSE.

TOR

Rx torax / pulm

Prescricao

Horario da medicacao

Voltauem 1 amp. 1m

mm

Renata Sarmiento
CIRURGIA REPAR
CRM-PB 1266

Alta da C.G. A ortopedia

Renata Sarmiento
CIRURGIA REPAR
CRM-PB 1266





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jose Antonio Anobre Sales Data da Admissão: 18/12/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Parentalidade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: _____

HDA: _____

Trouxe em mãos
D e l o r e e deformidade

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu _____ ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura do rádio distal D

Conduta: _____

Em tratamento

Dr. Heitor Romero L. Nobrega
Médico Ortopedista
CRM: 5050

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Nome: <i>José Antonio André Sales</i>				Registro:	
Idade: <i>37 anos</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>23/12/2020</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dr. Diego dos Anjos</i>			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Rádio Distal direito</i>				<i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução Cruenta + Fixação Interna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descrava:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Incisão em região volar e distal para acesso ao rádio</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura</i>
Achados:
<i>Visualização de fratura do rádio distal</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos</i>
<i>Aposição de 01 placa em "T" + 05 parafusos corticais</i>
Fechamento:
<i>Limpeza com SF a 0,9% de punho</i>
<i>Fechamento por planos</i>
<i>Curativo</i>
<i>Retirada de garroteamento de membro superior</i>
<i>Observada boa perfusão periférica</i>
<i>Tala axilopalmar gessada</i>
OBS:

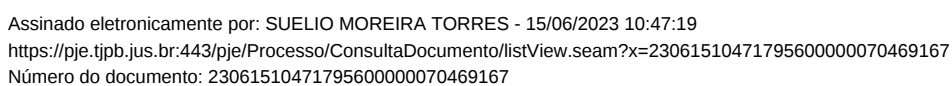
Data: **23/12/2020**

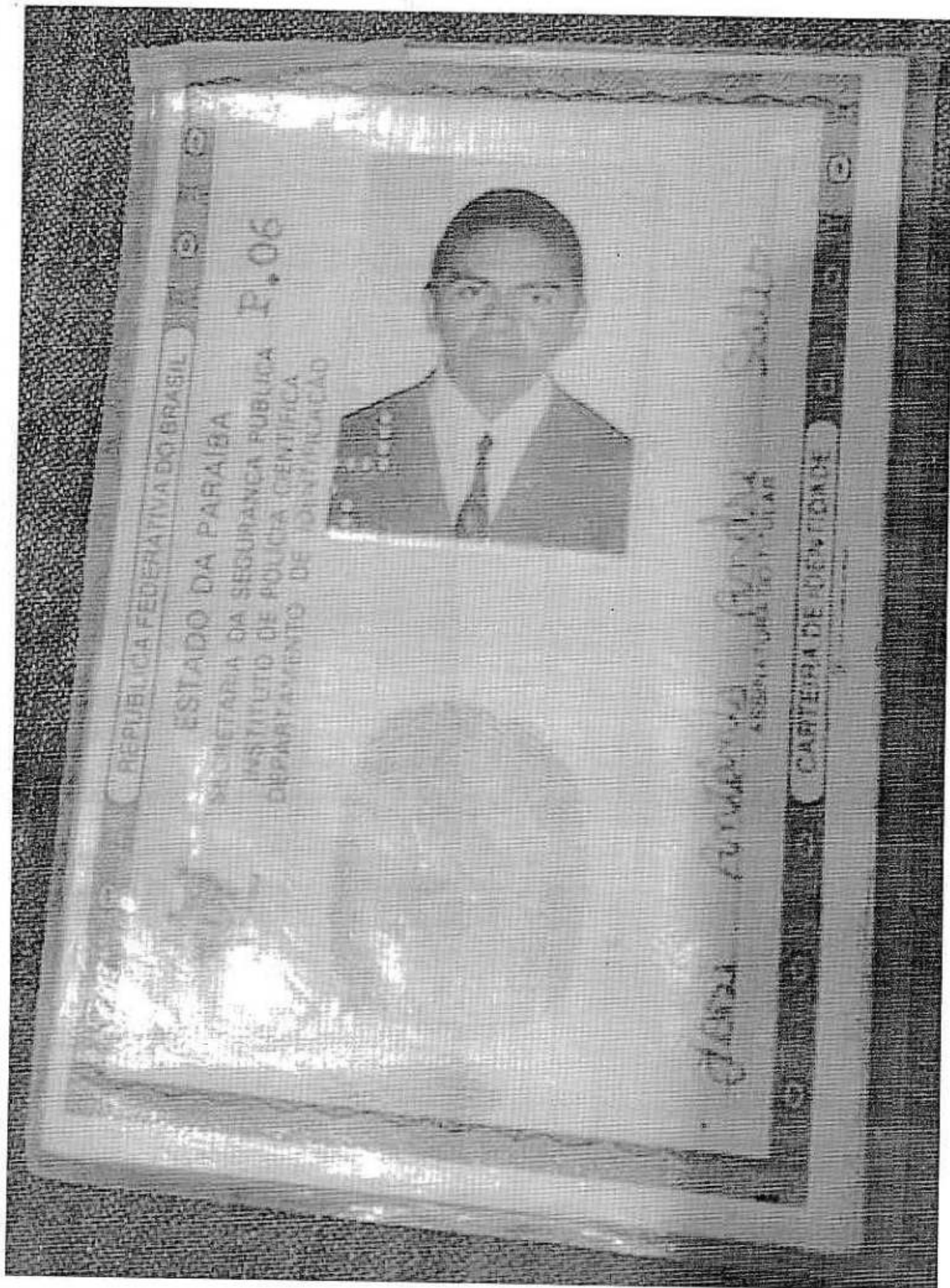
Dr. Alexandro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 1503

MÉDICO/CRM

Rua An. Elzeir Iná Costa Duarte, S/N - FIDEBR 39A - Maranhão II - Iná Dantas - IB







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3101992 DATA DE EXPEDIÇÃO 13.10.1983

NOME JOSE ANTONIO ANDRÉ SALES

FILIAÇÃO Mariano Francisco Sales Severina André Sales

João Pessoa-PB 13.10.1983

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nas. 30887-11-A-28-Fls. 216

4º Cart. João Pessoa-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



