

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

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

CLIENTE: JERONIMO BATISTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000011125-0

---

Nr. da Autenticação 79D31E3BAFE64B4D



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01256.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01256.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 13 de julho de 2017, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Jeronimo Batista da Silva**, CPF nº 707.892.064-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Mecânico, filho(a) de Gelvânia Batista da Silva e José Antonio da Silva Felipe, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/09/1996 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco de Assis Pedros, Nº 60 B, complemento casa, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Próximo Ao Final de Onibus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98838-0453.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Francisco de Assis Pedrosa, nº 60 B, Casa, Próximo Ao Final de Onibus, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/03/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

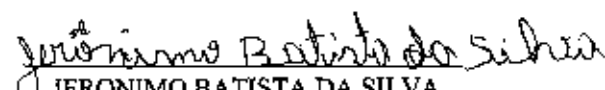
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN DE COR PRETA, ANO 2007, DE PLACA MNN-4104-PB, CHASSI Nº 9C2JC30707R127985, EM NOME DE ROBÉRIO MAURO FREIRE RABELO FILHO, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO JUAN JAIME ALCOBA ARCE CRM PB 3323, DATADO DE 16/06/2017.

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, 13 de julho de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
JERONIMO BATISTA DA SILVA  
Noticiante

**SINCOR/PB**

21 JUL. 2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312196 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JERONIMO BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 04/03/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE SEIO MAXILAR DIREITO.  
FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO.  
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DE SEIO MAXILAR DIREITO.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DEMAIS LESÕES.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312196 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JERONIMO BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 04/03/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 19/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO + MÃO ESQUERDA  
FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA HOSPITALAR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jeronimo Batista da Silva

DATA DE NASCIMENTO 19/09/96

NOME DA MÃE Gelvania Batista da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100743

BOLETIM DE ENTRADA N.º 984866

DATA DO ATENDIMENTO 04/03/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:05

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de fêmur direito, fratura de rádio distal D.

CID 10 S72.3 S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com trauma em perna direita, coxa direita, punho direito e ombro, ferimento em supercílio direito, vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficits. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX coluna cervical, coxa D, punho D, tórax, perna D, face.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica

RX: fratura de rádio distal D, fratura de fêmur D.

SINCOR/PB

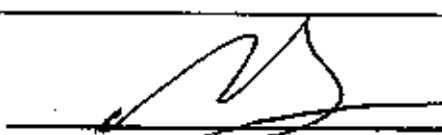
21 JUL. 2017

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito e rádio distal direito.

ALTA HOSPITALAR: 15/03/17

DATA DA EMISSÃO: 16/06/17

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB



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

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jeronimo Batista da Silva  
DATA DE NASCIMENTO 19/09/96  
NOME DA MÃE Gelvania Batista da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100743  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 984866  
DATA DO ATENDIMENTO 04/03/17  
HORA DO ATENDIMENTO 21:05  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de fêmur direito, fratura de rádio distal D.  
CID 10 S72.3 S52.5

### AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com trauma em perna direita, coxa direita, punho direito e ombro, ferimento em supercílio direito, vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficits. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF, Traumatologia, encaminhado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX coluna cervical, coxa D, punho D, tórax, perna D, face.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica

RX: fratura de rádio distal D, fratura de fêmur D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito e rádio distal direito.

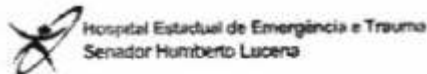
ALTA HOSPITALAR: 15/03/17  
DATA DA EMISSÃO: 16/06/17

01 AGO. 2018

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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

Pendência



ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 984866

## Identificação do paciente

ID 1146786	Nome JERONIMO BATISTA DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/09/1996	Idade 20 anos 5 meses 13 dias	Estado civil	Religião
Mãe GELVANIA BATISTA DA SILVA		Pai JOSE ANTONIO DA SILVA FELIPE	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A GENITORA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88380453	DDD Fixo 80	Fone Fixo 00000000
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4222202	Nº Cns	
Local de procedência FUNCIONARIOS III		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	

## Endereço

CEP 58079750	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Francisco de Assis Pedrosa
Número 60-B	Complemento	Bairro Funcionários	

## Admissão

Data e Hora 04/03/2017 21:05:05	Numero da pulseira 100005627980	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

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

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						

Diagnóstico	CD
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Tempo 42seg

Imprimir

25 SET. 2018

VERMELHA, S/N -  
 CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente		BAE		Data/Hora Entrada		Data Baixa	
JERONIMO BATISTA DA SILVA		884866		04/03/2017 21:05:05			
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS		Telefone de Contato		
19/09/1996	20	Masculino			(83) 88380453 / (00) 00000000		
Mãe						Prontuário	
GELVANIA BATISTA DA SILVA							
Endereço		Barro		Município		UF	
Francisco de Assis Pedrosa, 60-B		Funcionários		JOAO PESSOA		PB	
Acidente		Motivo		Profissional		Nº Cons. Regional	
CULX MOTO		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		MURILO QUINTAO DOS SANTOS		5397/PB	
Data/Hora Classificação				Data/Hora Prescrição			
04/03/2017 21:05:05				05/03/2017 00:08:45			

### anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. RELATA PERDA DE CONSCIÊNCIA E APRESENTANDO VÔMITO. PACIENTE ENCONTRA-SE  
 MOMENTO CONSCIENTE, NORMOCORADO, EUPNEICO, DESORIENTADO. AO EXAME FÍSICO: EDEMA E EQUIMOSE DE REGIÃO  
 ORBITÁRIA DIREITA, ABRASÃO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA DIREITA E LACERAÇÃO EM REGIÃO DE SUPERCÍLIO DIREITO. ACUIDADE VISUAL  
 PRESERVADA, MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS. ABERTURA BUCAL ADEQUADA, MOVIMENTOS MANDIBULARES E OCLUSÃO  
 PRESERVADA. TC: OBSERVA-SE FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DE SEIO MAXILAR DIREITO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICANTE E DE  
 TRATAMENTO CONSERVADOR. CD: 1- SUTURA 2- LIBERADO DA RMF 3- AOS CUIDADOS DA ORTOPIEDIA E NCR

### CID10

Código	Descrição
S01.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações

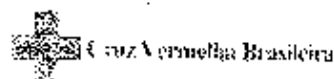
### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MURILO QUINTAO DOS SANTOS  
 (5397/PB)

JERONIMO BATISTA DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SN, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.:

Paciente <b>JERONIMO BATISTA DA SILVA</b>		BAE <b>984866</b>	Data/Hora Entrada <b>04/03/2017 21:05:05</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>19/09/1996</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 88380453 / (00) 00000000</b>
Mãe <b>GELVANIA BATISTA DA SILVA</b>			Prontuário	
Endereço <b>Francisco de Assis Pedrosa, 60-B</b>		Bairro <b>Funcionários</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>CUL O X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>		Nº Cans. Regional <b>6028/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/03/2017 21:05:05</b>			Data/Hora Prescrição <b>05/03/2017 00:01:45</b>	

**anamnese**

PACIENTE DE 20 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOXCARRO, COM TCE, ALÉM DE TRAUMA NA PERNA DIREITA COM FRATURA ABERTA NA FEMUR DE DIREITA E FECHADA NA COXA DIREITA, TAMBÉM APRESENTA FRATURA FECHADA NO PUNHO DIREITO E TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM ESCORIAÇÃO LOCAL, APRESENTANDO VÔMITOS, AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 Q. MBROS, SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA, TC DE CRÂNIO: SEM LESÕES NEUROCIRÚRGICAS, RX DE COLUMNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA, CD. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO. OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

**Conduta**

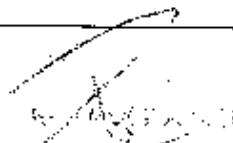
Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(6028/PB)

JERONIMO BATISTA DA SILVA

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

<b>Conduta</b>
Em observação



FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO  
(3945/PB)

JERONIMO BATISTA DA SILVA

VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente		BAE		Data/Hora Entrada		Data Baixa	
JERONIMO BATISTA DA SILVA		984866		04/03/2017 21:05:05			
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS		Telefone de Contato		
19/09/1996	20	Masculino			(83) 68380453 / (00) 00000000		
Mãe		Bairro		Município		Prontuário	
GELVANIA BATISTA DA SILVA		Funcionários		JOAO PESSOA			
Endereço		Município		UF			
Francisco de Assis Pedrosa, 60-B		JOAO PESSOA		PB			
Acidente		Motivo		Profissional		Nº Cons. Regional	
CULO X MOTO		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO		3945/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição					
04/03/2017 21:05:05		04/03/2017 21:24:47					

### anamnese

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOXCARRO, SOFREU TRAUMA NA PERNA DIREITA COM FRATURA ABERTA NA PERNA DIREITA E FECHADA NA COXA DIREITA. DOR E SANGRAMENTO NA FERIDA DA PERNA DIREITA. TAMBÉM SOFREU TRAUMA NA FACE COM CORTE NO SUPERCÍLIO DIREITO. ESTÁ ANSIOSA, AGITADA, QUEIXANDO-SE DE DOR NA PERNA DIREITA. TAMBÉM APRESENTA FRATURA FECHADA NO PUNHO DIREITO E TRAUMA NO OMBRO DIREITO COM ESCORIAÇÃO LOCAL. EG COMPROMETIDO, PÁLIDA, DESIDRATADA, TAQUICÁRDICA, SUDORESE. PA: 90/60 MMHG. EXTREMIDADES FRIAS. LÚCIDA, ORIENTADA E CONSCIENTE. GASGLOW 15.

### DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

### EDUCAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)  
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA  
MORFINA 10 MG/ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA

### CUIDADOS

ERIR PA E FC

### EXAME LABORATORIAL

HB + HT, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)  
RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA MÃO)  
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA TORÁCICO)  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA NA TÍBIA)  
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA DE FACE)  
ULTRASSONOGRAFIA - ABDOMEN TOTAL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

21010



**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**Folha  
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC

FEM

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IARGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

CX 4.5  
 Perda de P. Longa 1. pericúo  
 Percepções contrárias no 28/5 - 30/5  
 32/5

Exatidão de  
 Registro de Saúde

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS ( ) CPF

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Sebastião da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clínica/Sector: Urologia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Prostatectomia Radical

Cirurgião: Dr. Victor Linhares 1º Assistente: Dr. João Pessoa

2º Assistente: Dr. Silveira 3º Assistente: Dr. Almeida

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Prostatactomia Radical</u>	
<u>Prostatactomia Radical</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Prostatectomia Radical</u>	
<u>Prostatectomia Radical</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184 RN  
CRM 10894 PB

João Pessoa. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em posição de decúbito dorsal.
2. Limpeza da pele com álcool 70%.
3. Preparo do campo cirúrgico.

Incisão:

1. Incisão oblíqua da coxa.
2. Dissecção por planos.
3. Hemostasia cuidadosa.

Achados:

1. Lesão da cápsula articular.
2. Lesão da cartilagem articular.

Conduta:

1. Lavagem da articulação.
2. Fixação com placa DCP e parafusos.
3. Hemostasia cuidadosa.

Fechamento:

1. Sutura por planos.
2. Sutura da pele com fio 3/0.
3. Curativo com gaze e atadura.

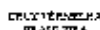
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184 RN  
CRM 10894 PB

João Pessoa, 12/03/12

Assinatura do Médico



## 152-52

F(NG) 9.3412 1.1



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/09/15

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Lucas de Almeida Silva</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>20</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>72</u>	RESPIRAÇÃO <u>18</u>	TEMPERATURA	PESO <u>65</u>
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>Ureia</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>Normal</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>Normal</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Normal</u>		ESTADO MENTAL <u>Normal</u>		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA <u>100mg</u>				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO <u>Doença da coluna lombar</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Procedimento cirúrgico de fixação de placa e parafusos na coluna lombar</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. João</u>		AUXILIARES <u>Dr. Silva</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>15:00</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>17:00</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$
ANESTESISTA <u>Dr. Lucas</u>		CPF. <u>123.456.789</u>		CRM-PR

ANESTESIA		O <sub>2</sub>		N <sub>2</sub> O	
LÍQUIDOS		VITAMINAS			
<input type="radio"/> ALAR <input checked="" type="radio"/> VENTILADOR <input type="radio"/> CIRURGIA <input checked="" type="radio"/> ANESTESIA <input type="radio"/> PARTO		220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20			
VITAMINAS <input type="checkbox"/> VITAMINA <input type="checkbox"/> VITAMINA <input type="checkbox"/> VITAMINA		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOCO FLXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
TÉCNICA: <u>Procedimento de raquidiana com cateter</u>	
DROGAS: <u>1. 100mg Propofol, 2. 100mg Fentanyl, 3. 100mg Rocuronio, 4. 100mg Vecuronio, 5. 100mg Atropina, 6. 100mg Efedrina, 7. 100mg Clonitazem, 8. 100mg Midazolam, 9. 100mg Fentanil, 10. 100mg Rocuronio, 11. 100mg Vecuronio, 12. 100mg Atropina, 13. 100mg Efedrina, 14. 100mg Clonitazem, 15. 100mg Midazolam, 16. 100mg Fentanil, 17. 100mg Rocuronio, 18. 100mg Vecuronio, 19. 100mg Atropina, 20. 100mg Efedrina</u>	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ ANESTÉSICO	
1. 100mg Propofol 2. 100mg Fentanyl 3. 100mg Rocuronio 4. 100mg Vecuronio 5. 100mg Atropina 6. 100mg Efedrina 7. 100mg Clonitazem 8. 100mg Midazolam 9. 100mg Fentanil 10. 100mg Rocuronio 11. 100mg Vecuronio 12. 100mg Atropina 13. 100mg Efedrina 14. 100mg Clonitazem 15. 100mg Midazolam 16. 100mg Fentanil 17. 100mg Rocuronio 18. 100mg Vecuronio 19. 100mg Atropina 20. 100mg Efedrina	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
OBSERVAÇÃO DO PACIENTE: <u>Normal</u>	
USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS: <u>Normal</u>	
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>Dr. Lucas</u>	
F (N)O ASCIR 025-1	

Nome: João Pessoa Brito da Silva BE/Prontuário: 984866  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 05/03/2017  
 Clínica/Setor: Cirurgia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Teodoro 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fract. exposta do max. distal D.</u>	
<u>Fract. exposta do max. D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção cirúrgica e fixação interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

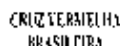
Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 05/03/2017



HEALTH

**Posição e Preparo:**

Atividade em sala de aula realizada

### Incisão:

بسم الله الرحمن الرحيم

**Achados:**

dados:

Duração de tempo do Radio digital Onco por animal  
FLIK 9 e o FLIK 400  
(Falt. de placa de Amarelo) (AO 32 A 32)  
O tipo de planta, notas de campo.

**Conducta:**

- LME cu SP 99% și
- domeniul de aplicare
- echipa de lucru: 1 Manager de Proiect, 1 R. T. L., 4 persoane, 1 inginer, 1 tehnician de laborator
- Timp de lucru a zilei: 8 ore de lucru
- Situație
- activitate
- program de lucru: 8 ore de lucru pe zi

**Feedback:**

**Observação:**

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 05 de Abril

Mr. J. Edgar Hoover  
Director  
Federal Bureau of Investigation  
Washington, D. C.



HOSPITAL  
BRASILEIRA

Nota de Sala Cirúrgica

Sala 03

NOME DO PACIENTE: Jonilson Batista de Jesus  
 IDADE: 205 DE 1984/08/26 SEXO: M ENTÃO: M LEITO: 110  
 CIRURGIÃO: Dr. Tarcísio Dr. Ricardo  
 ANESTESIA: Dr. João Dr. Fábio  
 INSTRUMENTADOR: Dr. 317  
 TEMPO CIRÚRGICO: 05:15 ANESTESIA INÍCIO: 02:30

ÍNDICE DE RISCO DE CÉRIÇA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALTERNÂNCIA		ALCOOL 70%		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
DITIVACALINA ISOBÁRICA	01	JELCO Nº 20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
MUPIVACALINA PESADA		JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº	
ISOPROPILOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 01
ETÓPIATO		LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
PENOBARRITAL		LÂMINA BISTURI Nº 14		FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº 23	01	FIO POLIGLACTINA Nº	0 01
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 24	01	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÓMICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVODUPIVACALINA C/ VASO		SADÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVODUPIVACALINA S/ VASO	01	MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCALINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	05	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCALINA S/ VASO		AGULHA 25X09	05	FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	05	FIO SEDA Nº	
MORFINA	01	AGULHA 40X12	05	FIO SEDA Nº	
NIMBUX		AGULHA PERIDURAL Nº 16	05	FIO SEDA Nº	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 17	05	FIO SEDA Nº	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18	05	FIO SEDA Nº	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUIL Nº 25G	03	FIO SEDA Nº	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUIL Nº 26G	03	FIO SEDA Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUIL Nº 27G	03	FIO SEDA Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTÓPÉDICO	05	FIO SEDA Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	05	FIO SEDA Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	05	FIO SEDA Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA W. COLÓSTOMA			
ADRENALINA		CÂNELA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01		
ATROPINA		CATETER EMBOLO. ARTERIAL Nº			
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16			
CETAZOLINA	01	CATETER EPIDURAL Nº 17			
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL Nº 18			
DIPLOK SÓDICA	01	CERA PARA OSSO			
ETEDRINA	01	COLET. URINA FECHADO			
FLUOXETIDINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05		
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05		
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENRÓSE			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			
LUDOCALINA GELÉIA		ELETRODOS	05		
ONDASINTRONA	01	EQUIPO MATRUGOTAS	05		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	05		
TENOXICAN		ESPARGIDOR			
		GAZES	20		
		GAZES ALGODONADAS			
		GEL ELETROLÍTICO			
		JELCO Nº 14			
		JELCO Nº 16			

Nº 40 (01)  
 Nº 115 (01)  
 Nº 20 (02)

AG. Bra. A-30 (01)  
 02 LAP. Círculo (famosa)

EMPRESA	EQUIPAMENTOS
PARAFUSOS CORTICIS	( ) ASPIRADOR
PARAFUSOS CORTICIS	( ) DIST. ELÉTRICO
PARAFUSOS CORTICIS	( ) ECOGRÁFICO
PARAFUSOS CORTICIS	( ) CARDIOMONITOR
PARAFUSOS CORTICIS	( ) DESFIBRILADOR
PARAFUSOS CORTICIS	( ) FIO AUXILIAR
PARAFUSOS CORTICIS	( ) FIO CENTRAL
PARAFUSOS CORTICIS	( ) MICROSCÓPIO
PARAFUSOS CORTICIS	( ) OXÍMETRO DE PULSO
PARAFUSOS CORTICIS	( ) OPA INVASIVA NÃO INVASIVA
PARAFUSOS CORTICIS	( ) PERFURADOR ELÉTRICO
PARAFUSOS CORTICIS	( ) SERP

CIRURJANTE: Jonilson  
 424853





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto de Azevedo

Atendimento: 000000365012

Idade: 20 anos

Paciente: JERONIMO BATISTA DA SILVA

Data: 04/03/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

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

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fraturas faciais, a serem melhor avaliadas no estudo específico.

*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 04/03/2017 22:29.*

Dra. Catarina A.R. do Nascimento  
CRM: 6275 - RJ



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>JOÃO BATISTA DA SILVA</u>			Registro: <u>984866</u>		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>05/03/17</u>			Data da alta: <u>15/03/17</u>		
Diagnóstico inicial:					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos: <u>FX CRISTA PÍDIO + MTD (E)</u>					
Principais exames: <u>(OD: TENDONITIS)</u>					
<u>FX DIAPHRAGMA DE ÚTERO FÊMUR 6</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RT+FI (DR STEFANINI)</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não (X) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (X) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
<u>CURATIVO DIAPHRAGMA + MTD + RT+FI.</u>					
<b>Orientações Pós Alta</b>					
Dieta: _____					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
<b>Cuidados com a ferida operatória:</b> lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: _____					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>15</u> de <u>03</u> de <u>2017</u>					
Ass. Médico / CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

09 JUL. 2018

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o **Incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

707.892.064-39

Nome completo da vítima

JOAQUIM BATISTA DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

JOAQUIM BATISTA DA SILVA

CPF titular da conta

707.892.064-39

Profissão

ASISTENTE

Endereço

RUA FRANCISCO DA ASSIS PADOVA

Número

60

Complemento

Bairro

FUNCAONÓIAS

Cidade

S. Passos

Estado

PR

CEP

52072-750

E-mail

Telefone (DDD)

(63) 98862-550

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

CONTA

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Passos 17 de Outubro de 2016

Local e Data

JOAQUIM BATISTA DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG. SAPE  
DATA: 17/10/2018 HORA: 10:11:29  
TERMINAL: 09221908 CONTROLER: 092219080116

COMPROVANTE DE DEPOSITO DE  
DEPOSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 4823.013.000.11125-0  
NOME: JERONIMO BATISTA DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NUMERO DO ENVELOPE: 3456515425  
NUMERO DE BONTIQUE: 290078621

A confirmação do depósito será dada pelo  
lançamento do valor na conta no momento após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-725-1010  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7438  
www.caixa.gov.br

CNPJ 08.806.754/0015-40

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777

Água Fria - CEP 58053-900

João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 806/077, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1621993, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JERONIMO BATISTA DA SILVA** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 04/03/2017, na R. Ten-Cel. Albertino Francisco dos Santos, Bairro: Funcionários III - João Pessoa - aproximadamente às 20:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Junho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/5ª Região 10171

**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

09 JUL 2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Rodrigo da Silva Souza,  
RG nº 4.143.503, data de expedição 24/01/2013  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 704.224.574-18 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Francisco de Assis Pires, Funcionários, nº 57,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Genônimo Batista da Silva cujo o condutor era  
Genônimo Batista da Silva.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda CG FAN de cor prata  
Ano: 2007  
Placa: MVN-4104-PB  
Chassi: 9C2JC30707R127985  
Data do Acidente: 04/03/2017  
Local e Data: João Pessoa, 15 de junho de 2018

Jose Rodrigo da Silva Souza  
Assinatura do Declarante

OFÍCIO  
NOTARIAL

Genônimo Batista da Silva

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



DOCUMENTO ORIGINAL

09 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0044922948

DETRAN - PB Nº 013930687398  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
20180000213472-5  
1 0091569262-7 00/00000000 2018

JOSE RODRIGO DA SILVA SOUZA

70422457418 MNN4104/PB

NOVO PB 9C2JC30707R127985

PAS/MOTOCICLE/MNO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2007 2007

2 P/124 /CI PARTIC PRETA  
COTA ÚNICA 00/00/0000  
1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000  
\*\*\*\*\*  
SEGURO 3 P A G O 23/05/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NÃO VALOR PARA TRANSFERENCIA 0

JOAO PESSOA-PB 24/05/2018

42692



7867

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930687398 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 24/05/2018

1 70422457418 MNN4104/PB

00915692627 HONDA/CG 125 FAN

2007 9 9C2JC30707R127985

PRÊMIO TARIFARIO

\*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO P A G O

PAGAMENTO - PARCELADO

06/2018

7867-1321241-20180524

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.946.408/0001-04

09 JUL 2018