

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO)

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE EXAME ACOSTADO EM DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO)

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE EXAME ACOSTADO EM DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, COM EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**

Nº Sinistro: **3180231423**
Vitima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180231423**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Nº Sinistro: **3180231423**
Vitima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180231423**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

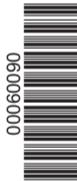
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Nº Sinistro: **3180231423**
Vitima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180231423**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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 ASI:

CPF da Vítima

026.219.334-59

Nome completo da vítima

Geikse Josino De Almeida Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Geikse Josino De Almeida Silva	CPF titular da conta 026.219.334-59	Profissão Recluso - SE
Endereço Rua Joduvim Avelino Pereira	Número SIN	Complemento CASA
Selmo CENTRO	Cidade OLHO D'ÁGUA	Estado PB
Email	CEP 58.760-000	Telefone (DD DD) (83) 99820-1557

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO: INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
[]	[]	[]	[]

Informar dígito se existir.

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRADESCO	NRG
AGÊNCIA Nº 0639	D/V
CONTA Nº 203297	D/V

(informar dígito se existir)

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.

PIANCO-PB , 38 de MAIO de 18

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura da Representante Legal



18 MAIO 2018



18 MAIO 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA SICCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ
(83) 3452-2450 - delegaciapianco@gmail.com



Atendimento

Data: 04/05/2018

Hora: 11:15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 359/2018

1ª via notificante; 2ª via arquivo; 3ª via Delegado.

Natureza da ocorrência: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Data do fato: 25/09/2017 hora: PREJUDICADO

Local do fato: RUA JOSÉ FERREIRA DANTAS - JOSÉ PINHEIRO - CAMPINA GRANDE-PB

Sob a responsabilidade do Del. Pol. JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.

Notificante: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA, alcunha " ", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: OLHO D'ÁGUA-PB, nascido em 24/10/1977, documento: RG nº 1860225- SHSDE-PB, CPF 026.219.334-59, filho do JOÃO JOSINO DA SILVA e de MARIA DE FATIMA ALMEIDA SILVA, endereço: Rua JOAQUIM AVELINO PEREIRA, S/N, CENTRO, OLHO D'ÁGUA-PB, referência: .

Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: ***+, nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil: ****+, Profissão: , Escolaridade: *****+, documento: , filiação: e de , endereço: **** , referência: .

HISTÓRICO DO FATO:

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPP, declarou o SEGUINTE: QUE na data e local acima informados a vítima GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN K, ANO 2009, PLACA NPV 0775-PB, CHASSI 9C2KC15109RC46917, licenciada em nome do SEBASTIÃO HENRIQUE ROMÃO, e a sua frente seguia um veículo FIAT/SIENA de cor prata, e quando o motorista do SIENA diminuiu a velocidade para passar por um quebra-molas, a vítima colidiu na traseira do referido veículo, ocasião em que caiu na pista de rolamento ficando gravemente ferida; Que foi socorrida no Hospital de Emergência e Trauma da Cidade de Campina Grande-PB, onde ficou internada e passou por cirurgia; Que registra a ocorrência e solicita certidão. Nada mais a consignar.

Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima:

Geikse Josino de Almeida Silveira

CPF da Vítima

026.219.334-59

Data do Acidente

25/09/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email:

CPF do Representante legal

Telefone (DDD):

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Pianó-PB, 18 de Maio de 18

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 25/9/2017	HORA: 07:19 HS	ID Nº: 1635447
NOME: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R. JOSÉ FERREIRA DANTAS - JOSÉ PINHEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente recusou remoção		

Campina Grande, 16 de março de 2018.

18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Deoclecio F Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



A conta do seu celular.



hhdhdhdhdhdhdhdhdhdhdhd

CEP REGIPE PE PFL
EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO
R JOSE AMERICO SN
CENTRO
58765-000 PIANCO PB

02292506

DATA DE VENCIMENTO: 21/06/18 - DATA DE POSTAGEM: 11/05/18



7216210573021910000029152830110415

18 MAIO 2018

18 MAIO 2018

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu EVERTON RAPHAEL ANGELO BENTO, portador(a) do RG nº 2899193, expedido por SSP - PB, em 11 / 05 / 15, CPF/CNPJ nº 059.064.234-67, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geikrize Josino de Almeida Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Geikrize Josino de Almeida Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa - Se Renda Mensal: R\$ Recusa - Sô

Documentos comprobatórios: CNIS e Comprov. Residencial

x Evertor Raphael Angelo Bento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEBASTIÃO HENRIQUE TOMAZ,
RG nº 290.940, data de expedição 01/02/1974,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 086-627-164-72, com
domicílio na cidade de OLHO D'ÁGUA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOSÉ VENUTO AVELINO PEREIRA. S/N, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Geivse Josino De Almeida Silva, cujo o condutor era
Geivse Josino De Almeida Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2009/2009
Placa: NPV 07751PB
Chassi: 9C2VC35309R046917
Data do Acidente: 25/09/17
Local e Data: OLHO D'AGUA-PB, 05/05/18

Sebastião Henrique Tomaz

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Ficha de Acolhimento (9880 2474)

Nome:	Caetano De Almeida Júnior
End:	R. Do Sol 466
Bairro:	Jardim Flórida
Data de Nascimento:	24.10.77
Documento de Identificação:	Caetano Júnior 113
Queixa:	Verde
Data do Atend.:	25.09.17
Hora:	09:50
Documento:	
Acidente de trabalho?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input type="checkbox"/>) Calmo (<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor (<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	38.0 MM Hg
Dosagem de HGT:		Mucosas:	(<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Palida
Deambulação:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Livre (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

MOB. 110

10 MAIO 2018

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO
DA PARÁGA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: VERDE

PRONT (B.E) N°1511865

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNP: 08.778.268/0335-52

Av. Mst. Floriano Peixoto, 470 - Mairinque, Cunha Grande - PB, CEP: 58432-803 Data: 25/05/2017

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: GIERSE JOSINO DE

ALMEIDA SILVA

Endereço: Rua do Sol

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: Queda de moto

Medicamento:

Sexo: M

Idade: 29

Barro SANTA ROSA

RG: N°126

CPF: 0451256982542711

Profissão: POLICIAL

Data de Atenção: 25/05/2017

CRM:

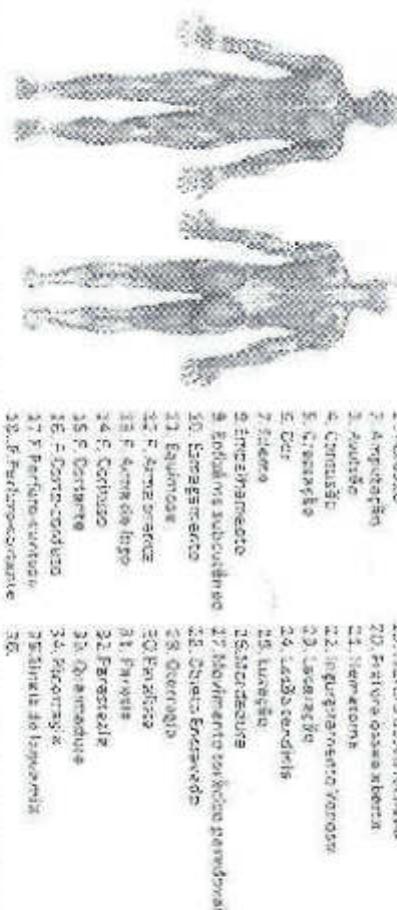
Horário: 09:44:30

Especialidade:

ÓB: FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abdômen

2. Abdômen

3. Abdômen

4. Cervical

5. Cervical

6. Cerv.

7. Cerv.

8. Encéfalo

9. Encéfalo

10. Encéfalo

11. Encéfalo

12. Encéfalo

13. Encéfalo

14. Encéfalo

15. Encéfalo

16. Encéfalo

17. Encéfalo

18. Encéfalo

19. Encéfalo

20. Encéfalo

21. Encéfalo

22. Encéfalo

23. Encéfalo

24. Encéfalo

25. Encéfalo

26. Encéfalo

27. Encéfalo

28. Encéfalo

29. Encéfalo

30. Encéfalo

31. Encéfalo

32. Encéfalo

33. Extremidade

34. Extremidade

35. Extremidade

36. Extremidade

37. Extremidade

38. Extremidade

39. Extremidade

40. Extremidade

41. Extremidade

42. Extremidade

43. Extremidade

44. Extremidade

45. Extremidade

46. Extremidade

47. Extremidade

48. Extremidade

49. Extremidade

50. Extremidade

51. Extremidade

52. Extremidade

53. Extremidade

54. Extremidade

55. Extremidade

56. Extremidade

57. Extremidade

58. Extremidade

59. Extremidade

60. Extremidade

61. Extremidade

62. Extremidade

63. Extremidade

64. Extremidade

65. Extremidade

66. Extremidade

67. Extremidade

68. Extremidade

69. Extremidade

70. Extremidade

71. Extremidade

72. Extremidade

73. Extremidade

74. Extremidade

75. Extremidade

76. Extremidade

77. Extremidade

78. Extremidade

79. Extremidade

80. Extremidade

81. Extremidade

82. Extremidade

83. Extremidade

84. Extremidade

85. Extremidade

86. Extremidade

87. Extremidade

88. Extremidade

89. Extremidade

90. Extremidade

91. Extremidade

92. Extremidade

93. Extremidade

94. Extremidade

95. Extremidade

96. Extremidade

97. Extremidade

98. Extremidade

99. Extremidade

100. Extremidade

101. Extremidade

102. Extremidade

103. Extremidade

104. Extremidade

105. Extremidade

106. Extremidade

107. Extremidade

108. Extremidade

109. Extremidade

110. Extremidade

111. Extremidade

112. Extremidade

113. Extremidade

114. Extremidade

115. Extremidade

116. Extremidade

117. Extremidade

118. Extremidade

119. Extremidade

120. Extremidade

121. Extremidade

122. Extremidade

123. Extremidade

124. Extremidade

125. Extremidade

126. Extremidade

127. Extremidade

128. Extremidade

129. Extremidade

130. Extremidade

131. Extremidade

132. Extremidade

133. Extremidade

134. Extremidade

135. Extremidade

136. Extremidade

137. Extremidade

138. Extremidade

139. Extremidade

140. Extremidade

141. Extremidade

142. Extremidade

143. Extremidade

144. Extremidade

145. Extremidade

146. Extremidade

147. Extremidade

148. Extremidade

149. Extremidade

150. Extremidade

151. Fratura óssea fechada

152. Fratura óssea aberta

153. Hematomas

154. Higromas

155. Lesões ósseas

156. Lesões ósseas

157. Lesões ósseas

158. Lesões ósseas

159. Lesões ósseas

160. Lesões ósseas

161. Lesões ósseas

162. Lesões ósseas

163. Lesões ósseas

164. Lesões ósseas

165. Lesões ósseas

166. Lesões ósseas

167. Lesões ósseas

168. Lesões ósseas

169. Lesões ósseas

170. Lesões ósseas

171. Lesões ósseas

172. Lesões ósseas

173. Lesões ósseas

174. Lesões ósseas

175. Lesões ósseas

176. Lesões ósseas

177. Lesões ósseas

178. Lesões ósseas

179. Lesões ósseas

180. Lesões ósseas

181. Lesões ósseas

182. Lesões ósseas

183. Fratura aberta

184. Fratura fechada

185. Fratura fechada

186. Fratura fechada

187. Fratura fechada

188. Fratura fechada

189. Fratura fechada

190. Fratura fechada

191. Fratura fechada

192. Fratura fechada

193. Fratura fechada

194. Fratura fechada

195. Fratura fechada

196. Fratura fechada

197. Fratura fechada

198. Fratura fechada

199. Fratura fechada

200. Fratura fechada

201. Fratura fechada

202. Fratura fechada

203. Fratura fechada

204. Fratura fechada

205. Fratura fechada

206. Fratura fechada

207. Fratura fechada

208. Fratura fechada

209. Fratura fechada

210. Fratura fechada

211. Fratura fechada

212. Fratura fechada

213. Fratura fechada

214. Fratura fechada

215. Fratura fechada

216. Fratura fechada

217. Fratura fechada

218. Fratura fechada

219. Fratura fechada

220. Fratura fechada

221. Fratura fechada

222. Fratura fechada

223. Fratura fechada

224. Fratura fechada

225. Fratura fechada

226. Fratura fechada

227. Fratura fechada

228. Fratura fechada

229. Fratura fechada

230. Fratura fechada

231. Fratura fechada

232. Fratura fechada

233. Fratura fechada

234. Fratura fechada

235. Fratura fechada

236. Fratura fechada

237. Fratura fechada

238. Fratura fechada

239. Fratura fechada

240. Fratura fechada

241. Fratura fechada

242. Fratura fechada

243. Fratura fechada

BANESTE

181201

FOLHA DE REGISTRAÇÃO E EVIDENÇAO

1

Paciente: Diego Serrano de Alarcón

Alojamiento

Lect.

Corrêa

ME SECUNDARIO / PADECER MEDICO
interpedio. Receta en base al medicamento
nudis ha che x nindungu. Odiar

... a sedative... no job no reward
R x sedative. Note tabloid

Ch. 1 Answer Keys

1
1962
1963

~~Belast - Sch. Venetian~~ - 04:00

DESTINO DO PACIENTE _____ I _____ ás _____ hs.

() Centro cirúrgico _____
 () Internação (seco) _____
 () Transferência a outros SETOR ou HOSPITAL _____
 () Fita hospitalar / () A revelia
 () Decidido Médico _____
 () Photo
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS		
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ESG	ESADE
LH-11-LH-11-LH-11-LH-11	LH-11-LH-11-LH-11	LH-11-LH-11-LH-11

Nome do Paciente	Nº Prontuário		
<i>Giovanni</i>			
Data da Operação	11/07/17	Enf.	Leito
Operador	<i>Dr. Hélio</i>	1º Auxiliar	<i>Dr. Camilo</i>
2º Auxiliar	<i>Dr. Hélio</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fratura de fêmur tubular</i>		
Tipos de Operação:	<i>osteotomia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>Hematoma infectado?</i>		
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

18 MAIO 2018

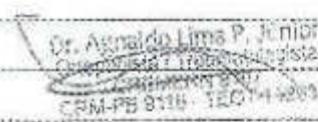
- Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
- ① Posic.
Paciente em TDR
 - ② Posiciona - + AL + compresão articular
 - ③ Acervo frontal - medial do fêmulo
 - ④ A + fi Drenagem por plástico
 - ⑤ Padrão invertido fêmulo + exoga
 - ⑥ fêmulo + formações ósseas
 - ⑦ fêmulo preparado para fixação
 - ⑧ fêmulo fixado dentro do fêmulo +
 - ⑨ Drenagem por plástico
 - ⑩ Osteosíntese capa dura + placa estabilizadora
 - 11) osteosíntese
 - 12) Ressecção correta da fratura + fixação

effeitos e b. + parafusos

obs.: parafusos e parafusos
próximos cortados pelo falso

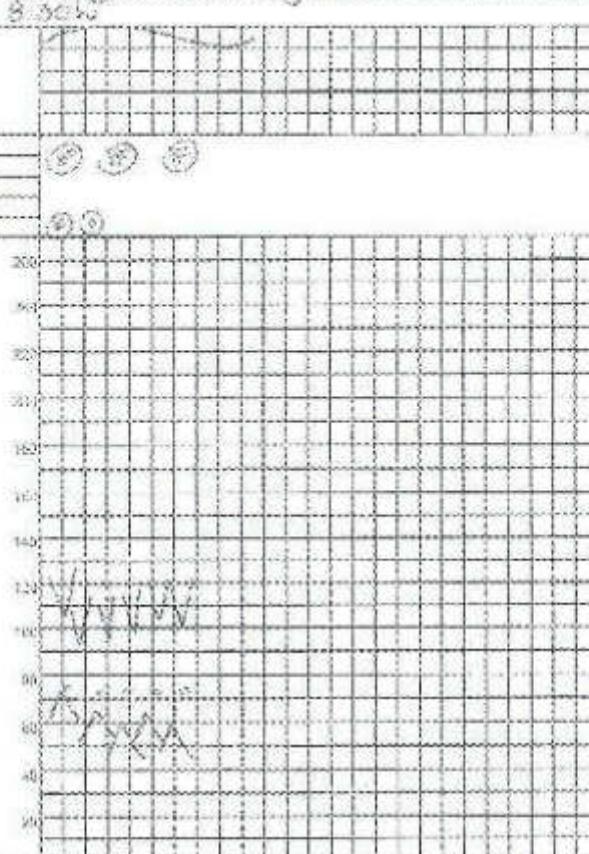
(D) Colocando cultura de fundo
monoblock

(E) Sobrepor placa e limpar
área envolta à cratera



18 MAIO 2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUGO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	ENFERMAGEM	TRATO	Nº INSCRIÇÃO		
FOLHA DE ANESTESIA		NAME: GIBRÃO JOHNO DE S. SILVA		SEXO: M	COR:		
DATA: 06/05/14	PRESSESTATORIAL: 124 mmHg	PULSO: 80pm	RESPIRAÇÃO: 20/min	TEMPERATURA:	FEVO:		
TIPO SANGUÍNEO:	HEMOCITOS	HEMOCRÓMIA	HEMADICRÔMIO	SUCIMA	URÉIA		
					OUTROS:		
AP. RESPIRATÓRIO: Vias aéreas: CIC					AP. VNA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO: Circ.					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO:		OBSTETRICO:	RESONO:	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL:		ATENÇÃO:	CONTEÚDO:	ALERGIA:	HYPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO(S) PREOPERATÓRIOS: Fratura do platô tubular E.					ESTADO PESO:	EDADE:	
ANESTESIA ANTERIOR:					AES:	ESPÉCIE:	
MEDICAMENTO PRÉ-ANESTÉSICA: Midazolam 5mg + Fentanyl 30mcg S.c.v.v.					APLICADA:	AS:	
SINTOMAS INTERESSANTES						INDICAÇÃO	
						Satisfação:	Excit.
LACUNAS						Laringo-estertor:	Lenta:
						Náuseas:	Vômitos:
CONSIDERAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICO - RESPIRATÓRIO - OPERAÇÃO						OUTROS:	
						MANUTENÇÃO	
					① A. Fazendo 2g. ② T ipsilátil 40 mg ③ Dicumarol 10mg ④ Tepperolina 20g ⑤ Naumkesin 4mg		
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê? _____		
					DESPERTAR		
					Relaxos na SO:		
					Obstr.: Co ₂ : Excit.:		
					Náuseas: Vômitos:		
					Outros:		
					Com cátula:		
					Parece leito: Sim _____ Não _____		
					CONDIÇÕES:		
SÍMBOLOS: = FAIXAS		ECG = RUE SpO2 = 100%.			18 MAIO 2018		
DIAGNÓSTICOS:		Fratura tubular					
PROG.:		Po: 1000ml, Hct: 41%, Hgb: 12 g/dl.					
ANEST.		Diazep 80mg + Midazolam p- 18mcg					
TÉCNICA:		Truquimonitorizado + Shokle 256.			CANULAS		
OPERAÇÃO:		TTO de retração da platô tubular E					
DRALHADAS:		De hachadas					
ANESTESISTAS:		Dra. J. Brum et al.					
DESCOMPRESSÃO:							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGUÍNEA		
					FOLHA DE ANESTESIA - SIMPE		



Willander Fabio Cabral de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO158-467-F

LAUDO FISIOTERAPEUTICO

Paciente Geiksc Josino de Almeida Silva, portador do RG 1860225 SESDS/PB e CPF 026.219.334-59, residente Rua: Joaquim Avelino Percira ,Centro Olho D'Água – PB sofreu acidente de moto no dia 25/09/2017 onde foi acometido por uma fratura de platô tibial esquerdo sendo realizado cirurgia e liberação médica e encaminhado para a fisioterapia. Na avaliação fisioterapêutica apresentou dores à palpação e movimentos redução da amplitude de movimento dificuldades na marcha o mesmo com sinais de melhorias significativas.

Piancó, 18 de Junho de 2018.

Willander Fabio Cabral de Souza

WILLANDER FABIO CABRAL DE SOUZA
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 158.467-F
CPF 065.438.084-89

DOCUMENTO ORIGINAL

18 JUN. 2018

PACIENTE: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA
SOLICITANTE: GLEYCIA SILMARIA A. BEZERRA
CONVÊNIO: PARTICULAR

REGISTRO: 146369
IDADE: 40 A
DATA: 27/11/2017

RADIOGRAFIA DE Perna Esquerda

RELATÓRIO:

O estudo radiológico DIGITAL da perna esquerda realizado nas incidências em AP/PERFIL demonstrando:

- Status pós-cirúrgico de fratura cominutiva, com sinais de consolidação, acometendo a região epifisária proximal da tibia, com extensão articular, com sinais de irregularidade na superfície articular do platô tibial e bom alinhamento entre os fragmentos ósseos.
- Presença de placa e parafusos metálicos adjacentes à fratura bem posicionados.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações diagnosticadas pelo método.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Status pós-cirúrgico de fratura cominutiva, com sinais de consolidação, acometendo a região epifisária proximal da tibia, com extensão articular, com sinais de irregularidade na superfície articular do platô tibial e bom alinhamento entre os fragmentos ósseos.
2. Presença de placa e parafusos metálicos adjacentes à fratura bem posicionados.

Note: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluta e definitiva, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

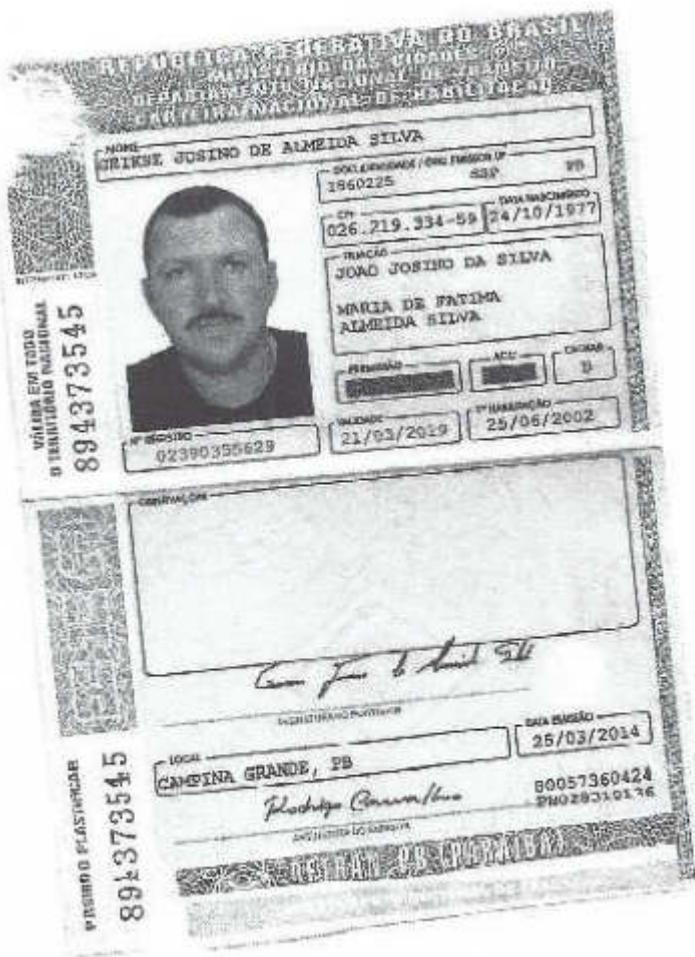
Obs.: A clínica UDI comunica a todos os médicos e pacientes que já está em funcionamento a UDI LABORATÓRIO, realizando todos os exames complementares em um só lugar. Informações pelos telefones (083) 3422-2489 ou 3421-8001.



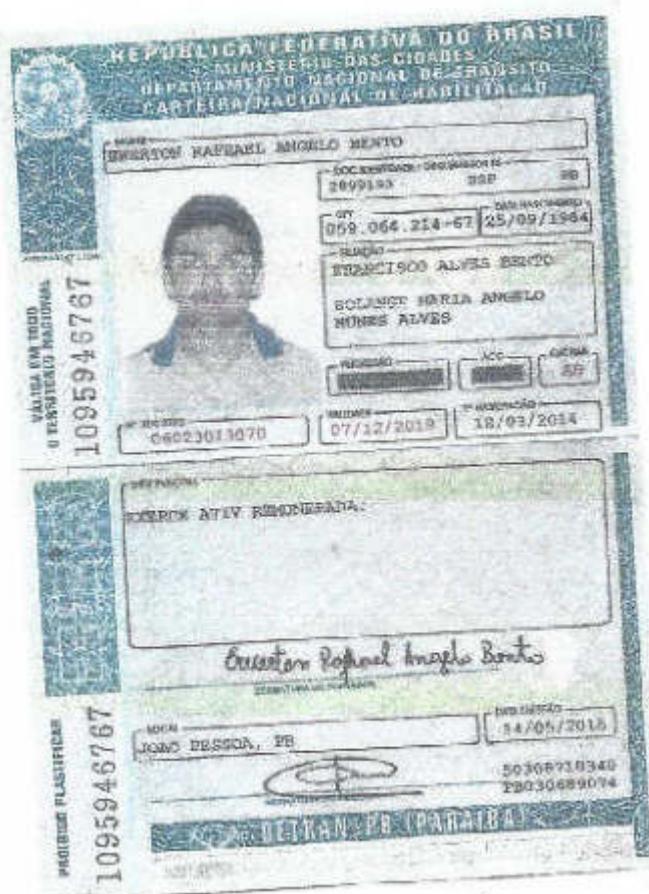
Marcus Andre Madeira Campos Almeida
CRM - PB 5830 RADIOLOGIA

DOCUMENTO ORIGINAL

05 JUL. 2018



18 MAIO 2018



18 MAR 2018

18 MAIO 2018

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
	NPV0775
	2017
SEBASTIAO HENRI	Imprimir Consulta
NPV0775	Último Licenciamento: 2017 Proprietário: SEBASTIAO HENRI Placa: NPV0775 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/07/2018 Observação: Restrição: Financeira: Município: OLHO D'AGUA Situação: EM CIRCULAÇÃO Data da Consulta: 04/05/2018
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS PARTICULAR PRETA 31/07/2018 OLHO D'AGUA	GASOLINA 2009 2009 31/07/2018 04/05/2018

18 MAIO 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

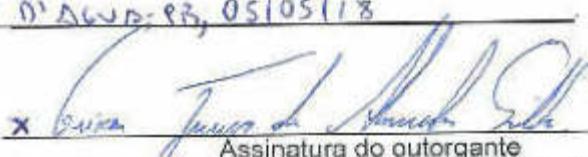
Nome: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: POLICIAL MILITAR, portador(a) do RG 1860225, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 026-719.224-59, residente no(a) JOAQUIM AVELINO PEREIRA,
nº S/N, bairro: CENTRO, município: OLHO D'ÁGUA / PB.

OUTORGADO:

Nome: EMBERTON RODRIGUES BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 289 9193, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) Rua JOSÉ AMÉRICO,
nº S/N, bairro: CENTRO, município: PIANÇÓ / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Guivésu Josino De Almeida Silva.

Local e Data: OLHO D'ÁGUA-PB, 05/05/18


Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00639-4

CONTA: 00000201297-9

Nr. Autenticação

BRADESCO20072018050000000002370063900000201297168750 PAGO