

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 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 ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	08435520420	ERIC DANIEL SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
ATAMINEZ KELLY SANTOS MACÊDO SILVA		06177959432	ABOLUCIONA
Endereço		Número	Complemento
RUA: LOT 3786 BENEFICIAZUBURO		SIN	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	ARACATI	PARAIBA	
Email	Telefone (DDD)		
	83-386618863		

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
Nº 793	5	Nº 12682	5
(Informar dígito se existir)		(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.

ARACATI, 26 de Abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00511.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:46 horas do dia 15 de março de 2018, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Santos Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Ires do Céu Garcia dos Santos e José Ronaldo Silva de Macêdo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 10/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Loteamento José Gomes de Azevedo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Supermercado Bom Preço, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99957-7048.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que seu filho **ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA** (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005, estudante, com 12 anos de idade, CPF. 084.355.204-20, RG. 3489124 SSDS/PB, filho da noticiante e de Erielson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA MOO7201/PB, CHASSI 9C2JC4820BR007589, registrada em nome de GRAZIELA TEIXEIRA SILVA, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 02.03.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Informa que seu filho estava sozinho na moto e pegou a mesma escondido; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 15 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


ATAMIRES KELY SANTOS MACÊDO SILVA

Noticiante

COMPROV. SEGUR. E PREVIDÊNCIA SIA

20 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00511-01-2018-1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00511.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:46 horas do dia 15 de março de 2018, 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 Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Santos Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Ires do Céu Garcia dos Santos e José Ronaldo Silva de Macêdo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 10/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Loteamento José Gomes de Azevedo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Supermercado Bom Preço, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99957-7048.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que seu filho **ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA** (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005, estudante, com 12 anos de idade, CPF. 084.355.204-20, RG. 3489124 SSDS/PB, filho da noticiante e de Erielson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a **MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA MOO7201/PB, CHASSI 9C2JC4820BR007589**, registrada em nome de **GRAZIELA TEIXEIRA SILVA**, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme **LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 02.03.2017**, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Informa que seu filho estava sozinho na moto e pegou a mesma escondido; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fê.

João Pessoa/PB, 15 de março de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

ATAMIRES KELY SANTOS MACÊDO SILVA
Noticiante

COMPREV SE - RUSE PREVIDENCIA SA

10 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 00511.01.2018.1.00.420

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

ERIE DANIEL SANTOS SILVA

CPF da Vítima

084355204-20

Data do Acidente

03/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ATAMIRUS KELYSANTOS MACÊDO SILVA

Email

CPF do Representante legal

06132858438

Telefone (DDD)

83986618863

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:

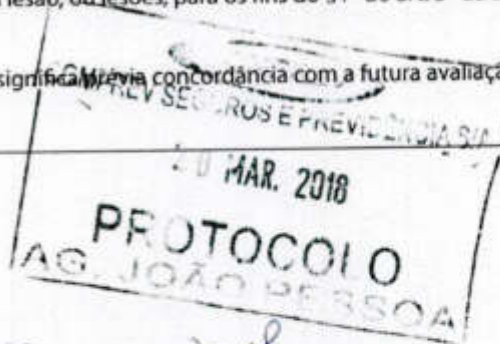
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 15 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

CPF da Vítima

084351204-20

Data do Acidente

03/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ATAMIRAS KELY SANTOS MACÊDO SILVA

CPF do Representante legal

06132858432

E-mail

Telefone (DDD)

83986618863

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:

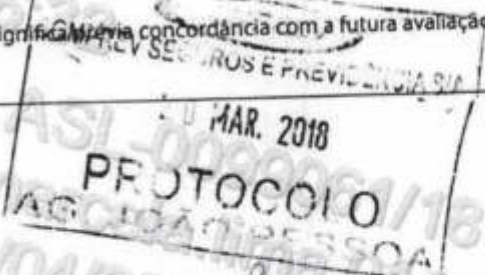
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

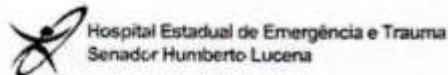
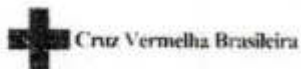


Assinatura, 15 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Boletim de Atendimento: 1039023

**Identificação do paciente**

ID 1226717	Nome ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12 anos 3 meses 24 dias	Estado civil
Religião		Prontuário
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS	Pai ERIELSON BERNARDINO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ATAMIRES KELLY - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999577048	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Fone Fixo
Número documento 3489124	Nº Cns 704100248864080	
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R

Endereço

CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro JOSE GOMES DE AZEVEDO
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 03/11/2017 17:05:35	Número da pulseira 1000006288005	Convênio SUS
Especialidade PEDIATRIA	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 SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

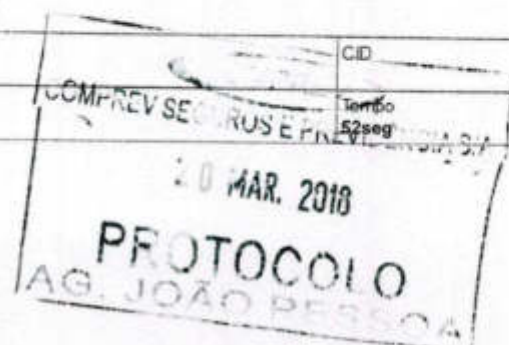
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

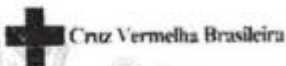
Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

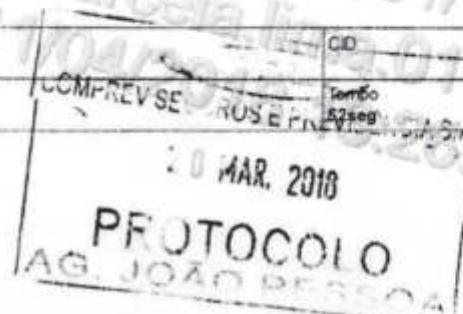
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039023



Identificação do paciente			
ID 1226717	Nome ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12 anos 3 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ATAMIRIS KELLY GARCIA DOS SANTOS		Pai ERIELSON BERNARDINO DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ATAMIRIS KELLY - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999577048	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3489124	Nº Cns 704100248864080	
Local de procedência ARARUNA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro JOSE GOMES DE AZEVEDO
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 03/11/2017 17:05:35	Número da pulseira 1000006288005	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clinica		
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	Vero de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			

Imprimir



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00793-5

CONTA: 000000012682-9

Nr. Autenticação

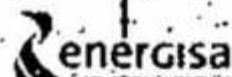
BRADESCO1506201805000000000023700793000000012682320625 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segredo de conta

Retire para sempre a partir do seu cartão de crédito ou de uma máquina de cartão de crédito.



Energisa
Energia Elétrica - Distribuição e Transmissão de Energia Elétrica
R. 200, km 20 - Estrada Nacional - João Pessoa - PB - CEP 53011-900
CNPJ 06.900.000/0001-00 - Inscrição 40.240.500-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS RODRIGUES S/N
MARAPENHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

92

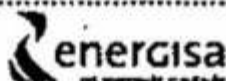
VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO DA SILVA LIMA

Telefone: 13-982-986-1230

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

MATÉRIA

408017-3016-004

9 (83) 98661 - 9863

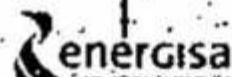
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento não é segurado de conta

Recebe para simples pagamento de fatura de energia elétrica, 11 005 676 837



Energisa
Energia elétrica - distribuição de energia elétrica
R. 200, km 20 - Estrada Nacional - João Pessoa - PB - CEP 53011-900
CNPJ 06.900.000/0001-00 - Ins. Est. 40.240.500-0

DADOS DO CLIENTE

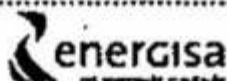
FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS RODRIGUES
Nº 100 - JARDIM

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	23/04/2018	92	30/04/2018	R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO DA SILVA LIMA

Telefone: 13-982-986-1230

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

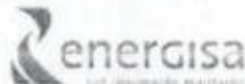
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
30/04/2018	R\$ 68,35	508017-3016-004

9 (83) 98661 - 9863

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

89.20

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Banco para depósito pagamento da conta: Banco do Brasil S.A. - Agência 002.508.553

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-080
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

21/02/2018

CONSUMO

80

VENCIMENTO

28/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,88

Acesse: www.energisa.com.br



001459317

FRANCISCO DA SILVA LIMA

Roteiro: 13-062-060-1200

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/02/2018

VENCIMENTO

28/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,88

MATRÍCULA

1459317-2018-02-8

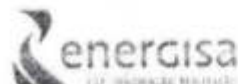


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segurado em sua conta

Resgate pelo simples pagamento da conta faz automaticamente de uma para outra. Nº 002 508 553



ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58015-000
CNPJ 06.095.193 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA

FEV/2018

APRESENTAÇÃO

21/02/2018

CONSUMO

80

VENCIMENTO

28/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,88

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO DA SILVA LIMA

Roteiro: 13-062-060-1200

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/02/2018

VENCIMENTO

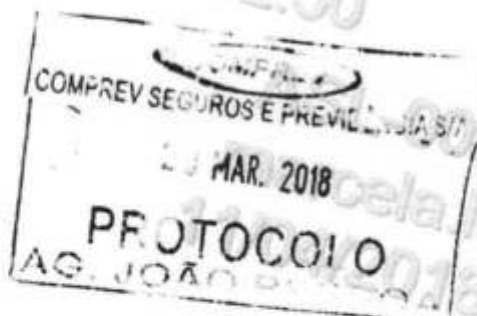
28/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,88

MATRÍCULA

1459317-2018-02-8



**LEONARDO**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOIFATURA DE
FEV/2018
CÓDIGO MINHA OI
401065114229VENCIMENTO
02/03/2018
Emissão em 15/02/2018
Período de 13/01/2018 a 13/02/2018PAGAR (R\$)
89,20CTC CORREIOS
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D
JARDIM DAS ACACIAS
58020-670 - JOAO PESSOA - PB

7200039896 00000 00000000000 10 160218

**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**MUDE PARA A CONTA ONLINE.
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 50 **MÓVEL** (83) 98751-1209

+ Oi Internet Pra Celular

+ Torpedo 50

TOTAL DE MENSALIDADES

Além disso, você...

realizou chamadas de longa distância

SUBTOTAL

Multa e Juros

TOTAL DA SUA FATURA

33,86

49,90

0,00

83,86

3,96

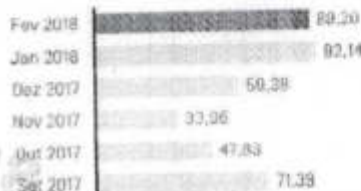
87,82

1,38

89,20

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF: 050.424.914-22
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452
NÚMERO DA FATURA: 893188408
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229**CÓDIGO MINHA OI**
401065114229www.oi.com.br/MinhaOIContinue usando Minha Oi e consulte suas
pontas de crédito, bloqueio de consumo e
nódo de rede.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e
evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao
mês pro rata dies. Suspensão do serviço; Parcial,
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será
cobrada normalmente de acordo com os valores
contratados, pois ela continua apta a receber
chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias
após a Suspensão Total.**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A****20 MAR. 2018****PROTOCOLO****AG JOAO PESSOA**CLIENTE
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTAFATURA DE
FEV/2018
VENCIMENTO
02/03/2018
VALOR
89,20DÉBITO AUTOMÁTICO
401065114229

OI MÓVEL S.A.

1º Setor Comercial Norte S/N - Ala Norte
Brasília - DF CEP 70700-000
CNPJ: 06.429.965/0001-01
Inscrição Estadual: 07.441.916/2018/03
Inscrição Municipal:

846500000000-1 89200113242-2 96794520893-2 19840600000-2



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento não é responsável de conta

Política para simples pagamento de fatura fiscalizada de energia elétrica: 11 025.476.831

energisa
Sociedade por Ações

Endereço: Rua 15 - Centro, João Pessoa - PB - CEP 53075-000
CNPJ: 06.968.563/0001-00 Insc. Est. 44.946.539-6

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA EM
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

92

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br

energisa
Sociedade por Ações

FRANCISCO DA SILVA LIMA

Telefone: 15-982-986-1230

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

MATÉRIA

5/1459317-2018-04-4

9 (83) 98661 - 9863

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento não é responsável de conta

Política para serviços prestados de não fiscalizadora de energia elétrica, : PF 025.476.831

energisa
Sociedade por Ações

Endereço: Rua 10 - Centro, João Pessoa - PB - CEP 53075-000
CNPJ 06.986.661/0001-00 Fone: (83) 986.661-0000

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA EM
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

92

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

Acesse: www.energisa.com.br

energisa
Sociedade por Ações

FRANCISCO DA SILVA LIMA

Telefone: (33) 982-888-1230

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/05/2018

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

MATÉRIA

5/1459317-2018-04-4

9 (83) 98661-9863

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu GERMANO CUSTOIA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ATAMIRIS KELLY SANTOS MACÊDO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329584 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura LAVAGEM da Vítima ERIC DANIEL SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084355204 / 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 <u>Rua Desembargador Botto de Menezes</u>		Número <u>358</u>	Complemento <u>CAD</u>
Bairro <u>SARINHA DAS ÁGUAS</u>	Cidade <u>Soares Bastos</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>52020-690</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>83386619863</u>	Telefone celular (DDD)

Soares Bastos 15 de MAIO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO WILLIAM SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 030424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANILTON KELLY SANTOS MACHADO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329584 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCIEL SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084355204 / 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 <u>RUA GUEBENBACH 1370 DE MOURA</u>		Número <u>359</u>	Complemento <u>CAD</u>
Bairro <u>SANTIM DAS ÁGUAS</u>	Cidade <u>SÃO PAULO</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>52020 690</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>83386613863</u>		Telefone celular (DDD)

São Paulo 15 de maio de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziela Seixira Silva,
RG nº 2659411, data de expedição 08/06/99,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044620394-75 com
domicílio na cidade de Araruna, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Mateus, s/n, nº —,
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 Eric Daniel S. Silva, cujo o condutor era
Orilson Benmarolino da Silva

Veículo: MOTO
Modelo: Honda/Bi 2 12505
Ano: 2011/2011
Placa: M007201/PB
Chassi: 8C25C4820B1007589
Data do Acidente: 03/11/2017
Local e Data: Araruna, 14 de março, 2018

Graziela Seixira Silva
Assinatura do Declarante

Orilson Benmarolino da Silva

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

RECONHEÇO verdadeira Letra(s) e Firma(s)
por autenticidade de Graziela Seixira Silva - do ff

Araruna 14 de Março de 2018

Em Teste Ata da verdade.

Amirina Fernandes M. Nobre
TABELIAO

SELO DIGITAL

AGK54575 - UF1J.

Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziele Teixeira Silva,
RG nº 2659411, data de expedição 08/06/99,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044620394-75 com
domicílio na cidade de Charana, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Mateus, s/n, nº —,
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 Eric Daniel S. Silva cujo o condutor era
Orilson Bismarolino da Silva

Veículo: MOTO
Modelo: Honda/Bi 2 125cc
Ano: 2011/2011
Placa: MO03201/PB
Chassi: 852364820B1007589
Data do Acidente: 03/11/2017
Local e Data: Charana, 14 de março, 2018

Graziele Teixeira Silva
Assinatura do Declarante

Orilson Bismarolino da Silva

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

RECONHEÇO verdadeira Letra(e) e Firma(s)
por autenticidade de Graziele Teixer-
da Silva, do R

Araruna 14 de Março de 2018

Em Teste da verdade

Assimila Fernandes M. Nobre
TABELIAO

SELO DIGITAL

AGK54575 - LF1J

Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Eric Daniel Santos Silva
DATA DE NASCIMENTO 10/07/05
NOME DA MÃE tamires Kely Garcia dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105205
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039023
DATA DO ATENDIMENTO 03/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo + fratura de fêmur direito
CID 10 S42.2 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, apresenta dor, edema e deformidade em coxa direita, dor em braço esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, cervical, tórax, ombro e braço E, bacia, coxa D,
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D, fratura de úmero proximal E

TRATAMENTO:

Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17
DATA DA EMISSÃO: 02/03/17

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

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES		Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:25:25		
Rônco		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSEDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

Conduta

Em observação

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
Ortopedista Traumatologia
CRM-PB 7654
TEOT 15655

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

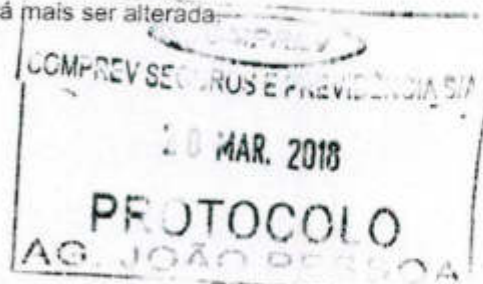
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar

Imprimir

Reimprimir boletim



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28	Nº Cons. Regional 4757/PB
Convênio US	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO 1/3 SUPERIOR DO BRAÇO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. VACINAÇÃO EM DIA - SIC. ALERGIA A SMZ + TMP.

AO EXAME:

EM PRANCHA COM COLAR CERVICAL, EUPNEICO, CORADO, GLASGOW 15.

AR MV + EM AHT SEM RA

ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR

MMSS: DOR EM 1/3 SUPERIOR DE BRAÇO E

MMII: DEFORMIDADE EM COXA D, COM EDEMA (+2/+4)

PELE: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E

HD: POLITRAUMA

FRATURA DE COXA D?

CD: RX DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, OMBRO E BRAÇO E, BACIA, COXA D

FAST, PARECER DA ORTOPEDIA E CIRURGIAO GERAL, NRC

SF 0,9%, DIPIRONA; CONSELHO TUTELAR

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: APLICAR 2 ML + AD EV DE 6/6 HORAS)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:53:47	
Convênio UNIS		Nº Matricula		Senha

Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO; ESTAVA EM USO DE CAPACETE; SEM SINAIS DE TCE; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE; NEGA DOR EM COLUMA

VAI SER OPERADO PELA ORTOPEDIA DE FRATURA DE FÊMUR E ÚMERO PROXIMAL

CD: LIBERADO DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA; RETIRAR COLAR E PRANCHA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mão ATAMIRIS KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário
Bairro CENTRO			UF PB
Município ARARUNA			Nº Cons. Regional 7967/PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37	
Convênio IS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO OMBRO ESQUERDO
NVC MID SEM ALT
RX COM FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO E FRATURA DE UMERU PROXIMAL

CD: AO BLOCO CIRURGICO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMERU PROXIMAL
ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(7967/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRIS KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA	UF PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:17:38	Nº Cons. Regional 8795/PB
Convênio IS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

Paciente, menor, pilotava motocicleta em via pública quando colidiu contra caminhão. Deu entrada trazido pelo SAMU, que o encontrou na cena, consciente orientado. Já recebeu primeiro atendimento ao traumatizado e no momento possui indicação de procedimento cirúrgico pela equipe de ortopedia.

A - VAP com colar e prancha

B - MV+ sim bilateralmente SRA, não apresenta dispnéia ou desconforto torácico

C - BCRNF SS pulsos cheios e simétricos, pelve estável, nega dor à palpação abdominal. Normotenso.


D - ECG = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em fêmur e

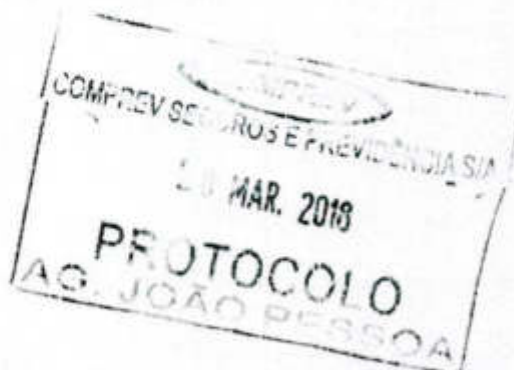
Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subsequentemente da Pediatria.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção


RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA
(8795/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA



ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA		Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 11/11/2017 09:18:51	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação

Alta médica

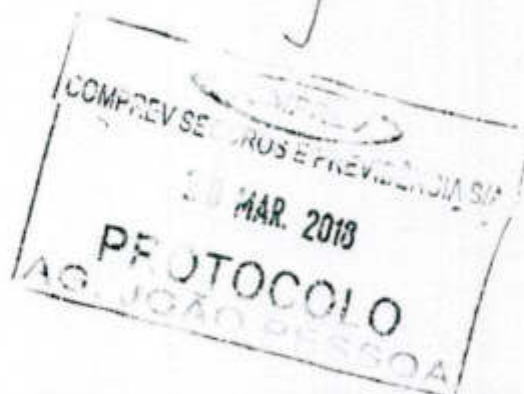
Assinatura FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Data e Hora 11/11/2017 09:18:20
Motivo da Alta ALTA HOSPITALAR	Conduta paciente no 1º dpo de osteossíntese da fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal e.; evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo orientações alta hospitalar.

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 5804/PB)

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:17:58

Paciente: ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:17:31)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. + tratamento conservador de fratura úmero proximal e.; evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo + orientações + alta hospitalar.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 09/11/2017 07:50:24

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

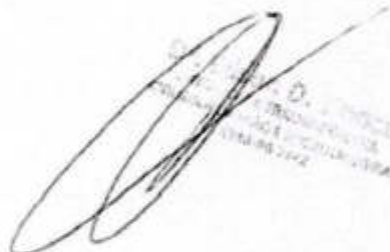
EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 07:50:15)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

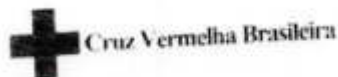
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMEROS PROX ESQ. EVOLUINDO SEM FEBRE COM MELHORA DO LABORATÓRIO.
AGUARDA CIRURGIA (OSTEOSSÍNTESE PLACA 4,5 ESTREITA EM FEMUR)

Jeção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 08/11/2017 11:24:30

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletem de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 11:24:25)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS
PRE OP OK
AGUARDA CIRURGIA

ação: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Handwritten signature and stamp.



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel: 8332165700Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 06/11/2017 07:56:12

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação 2d 6h 55min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 07:56:04)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, FEBRICULA, AGUARDA NOVOS EXAMES SOLICITADOS ONTEM.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





Sistema Único de Saúde
Ministério 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

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

102 Placa pcp longa de 30 F. +
Rony. Cat. n.: 30 M, 32 F, 34 I, 38 I, 42 F e 44 I
Fio de Kirschner n.: 2, 5 F (Guia)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/11/12

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tortão e redução de fratura de tíbia de Fêmur

Cirurgião: Dr. Pedro 1º Assistente: Dr. Rodrigo

2º Assistente: Dr. Pedro 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de tíbia de Fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tortão e redução de fratura de tíbia de Fêmur</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. Pedro Romão
Médico
CRM-PR 9766

João Pessoa, 10/11/12

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Eric Daniel Santos Silva

IDADE: 32 ANOS SEXO: M ENFERMIA: 13 LOTO: 13

CIRURGIA: 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

CIRURGIÃO: Dr. Rômulo + Rodrigo Almeida + Rômulo Almeida

ANESTESIA: Rômulo

ANESTESISTA: Adriano Balbino

INSTRUMENTADOR: Christina

DATA: 13/11/17 CIRÚRGICO: 13:40 FIM: 16:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	150cc	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	50cc	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2,00
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	2,00
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDÍACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUIN Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUIN Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	2,50
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUIN Nº27G	SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	1
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	ROSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI			
TENOXICAN		ESPARADRAPO			
		GAZES			
		GAZES ALGODOADAS			
		GEL ELETROLÍTICO			
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

EMPRESA: 4,5 CM

PARAFUSOS CORTICAIS: 300, 381, 1



UNIVERSIDADE
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

HISTÓRICO

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Eric Daniel S. Silva SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 40 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL Claro DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTÁNDAR 35%

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura Diáfisea Femur Dir.

CIRURGIA REALIZADA Fixação Cirúrgica Fratura Femur Dir.

CIRURGIÃO Perna AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 13:40 TÉRMINO DA ANESTESIA 16:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Adriano Lobão de Azevedo CRM-PB 4572

APR. 13:40 14:40 15:40

LIQUID. VEMOSU

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

PRÉ-ANESTÉSICO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em D714, Sol aberto
- Ombro + antebraço
- Afecção de ambos os ombros

Incisão:

Incisão longitudinal lateral no coto ②

Achados:

fratura fratura de humero ②

Conduta:

- Anestesia + Hemostase posterior
- Lavagem do coto do foco de fratura
- Redução de fratura com pinos de redução
- Fixação do foco de P 4.5 de 10 pinos
- Uso de pinos corticais
- Lavagem de coto de fratura
- Lavagem do foco de coto

Fechamento:

Fechar com pontos
curativos e anti
sepsia e controle



Observação:

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/12/17



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério 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

HEETSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Santos Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

5 - N° DO PRONTUÁRIO

1039023

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fio de Kirschman no 3,5

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Victor Linhares

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 8784-RN
CRM 10894-PB

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSUL

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 03/11/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento de Fx. Diáfise de Fêmur D
Cirurgião: Dr. Anão 1º Assistente: Dr. Gomes
2º Assistente: Dr. Victor MRI 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fx. Diáfise de Fêmur D	
- Fx. Ímens proximal	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Troca Transilob Transilobética D	
② Redução. imuneito de Fx Ímies proximal E	

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

João Pessoa, 03/11/17

103 9023

F(NG) ASCII 421-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Eric D. S. Silva DATA: 03/04/12 PRONTUÁRIO: 12

SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL 100/60 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36.5 PESO 40 GRUPO SANGÜÍNEO O+

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

EXAMES COMPLEMENTARES OK

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL OK DROGAS EM USO OK

PRÉ-ANESTÉSICO OK

DOSE/HORA OK

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura da tíbia e fêmur @ + úlcera @

CIRURGIA REALIZADA Tubo + redução

CIRURGIÃO Auxiliares

INÍCIO DA ANESTESIA 10h TÉRMINO DA ANESTESIA 12h DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 100 QUANT. DE CH 100 VALORES RS 100

ANESTESISTA D. Silva CPF 123456789 CRM-PB 12345

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

U₃ N₂O OK

LÍQUIDOS INTRAVENOSOS OK

FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO OK

ANESTESIA OK

PROTÓCOLO

COMPREV SEGUROS PREVIDENCIAS

MAR. 2008

AG. JOÃO

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

QUANTIDADE DE LÍQUIDOS

GLICOSE 1 11

RAEL 2 12

SANGUE 3 13

REVER 4 14

TOTAL 5 15

DESCRIÇÃO DO PACIENTE

☐ ART ☒ ENFERMARIA 6 16

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA 7 17

☐ OUTROS 8 18

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES 9 19

10 20

ASSINATURA DO ANESTESISTA Dr. João

F (INQ) ASCIR 026-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH de Nodulo-
② Anestesia, antinefesia, CCE

Incisão:

③

Achados:

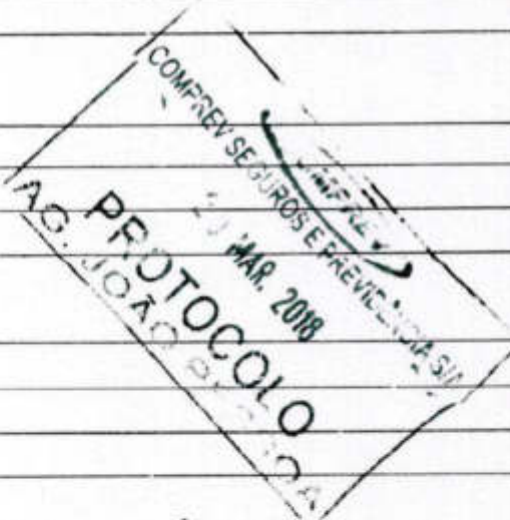
Conduta:


④ Targão transodaguelítica Transiti-
dial D, com Fio de Steinmann-
3,5

⑤ Mobilização de Ombro D
para redução traumática Ex
de ombro máximo D, quisto
por nodulo capto

Fechamento:

Observação:




Dr. Victor Linhares
RN
11.0894-PB

João Pessoa, 03.11.17

Modelo CRM:



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 Eric Daniel Santos Silva
DATA DE NASCIMENTO 10/07/05
NOME DA MÃE tamires Kely Garcia dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105205
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039023
DATA DO ATENDIMENTO 03/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo + fratura de fêmur direito
CID 10 S42.2 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, apresenta dor, edema e deformidade em coxa direita, dor em braço esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, cervical, tórax, ombro e braço E, bacia, coxa D,
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D, fratura de úmero proximal E

TRATAMENTO:

Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17
DATA DA EMISSÃO: 02/03/17

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAHOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES		Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:25:25		
Anexo		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSSSEDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

Conduta

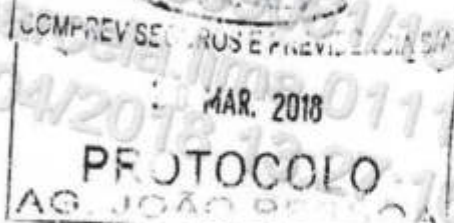
Em observação

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
Ortopedista TraumatologistaCRM-PB 7654
TEOT 76555BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe ATAMIRES KELLY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município APARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES	Nº Cons. Regional 4757/PB	
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28	
Convênio US		Nº Matricula	Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO 1/3 SUPERIOR DO BRAÇO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. VACINAÇÃO EM DIA - SIC. ALERGIA A SMZ + TMP.

AO EXAME:

EM PRANCHA COM COLAR CERVICAL, EUPNEICO, CORADO, GLASGOW 15.

AR MV + EM AHT SEM RA

ABDOMEN FLÁCIDO, INDOLOR

MMSS: DOR EM 1/3 SUPERIOR DE BRAÇO E

MMII: DEFORMIDADE EM COXA D, COM EDEMA (+2/+4)

PELE: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E

HD: POLITRAUMA

FRATURA DE COXA D?

CD: RX DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, OMBRO E BRAÇO E, BACIA, COXA D

FAST, PARECER DA ORTOPEDIA E CIRURGIAO GERAL, NRC

SF 0,9%, DIPIRONA; CONSELHO TUTELAR

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: APLICAR 2 ML + AD EV DE 6/6 HORAS)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

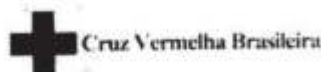
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

AG. PROTOCOLO
MAR. 2018



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRIS KELY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário
Bairro CENTRO			UF PB
Município ARARUNA			Nº Cons. Regional 6628/PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:53:47	
Convênio IS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO; ESTAVA EM USO DE CAPACETE; SEM SINAIS DE TCE; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE; NEGA DOR EM COLUNA

VAI SER OPERADO PELA ORTOPEDIA DE FRATURA DE FÊMUR E ÚMERO PROXIMAL

CD: LIBERADO DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA; RETIRAR COLAR E PRANCHA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

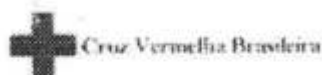
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mão ATAMIRIS KELLY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Prontuário
Município ARARUNA		UF PB	
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	Nº Cons. Regional 7967/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37	
Convênio IS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO OMBRO ESQUERDO
NVC MID SEM ALT
RX COM FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO E FRATURA DE UMEMO PROXIMAL

CD: AO BLOCO CIRURGICO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMEMO PROXIMAL
ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(7967/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

COMPREV SEC. ROS E PREVID. SOCIAL
MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRIS KELY GARCIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 999577048
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA	Nº Cons. Regional 8795/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:17:38	
Convênio S	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Paciente, menor, pilotava motocicleta em via pública quando colidiu contra caminhão. Deu entrada trazido pelo SAMU, que o encontrou na cena, consciente orientado. Já recebeu primeiro atendimento ao traumatizado e no momento possui indicação de procedimento cirúrgico pela equipe de ortopedia.

A - VAP com colar e prancha

B - MV+ sim bilateralmente SRA, não apresenta dispnéia ou desconforto torácico

C - BCRNF SS pulsos cheios e simétricos, pelve estável, nega dor à palpação abdominal. Normotenso.

D - ECG = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em fêmur e

Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subseqüentemente da Pediatria.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Rafael Mourato
Cirurgia Geral / Urologia
CRM-PE 10.721
RFAEL MOURATO INACIO DA SILVA
(8795/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA		RAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577045
Mãe ATAMIRE KELY GARCIA DOS SANTOS				Prontuário 105205
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN		Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35			Data/Hora Prescrição 11/11/2017 09:18:51	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

372.3 Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação

Alta médica

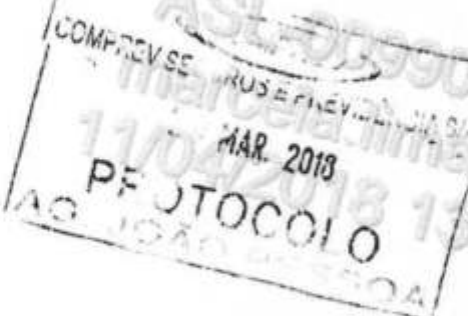
Médico
**FRANCISCO KARTNEY
SARMENTO PEDROSA**Data e Hora
11/11/2017 09:18:20Motivo da Alta
ALTA HOSPITALARConduta
paciente no 1º dp de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal e.: evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo orientações alta hospitalar.

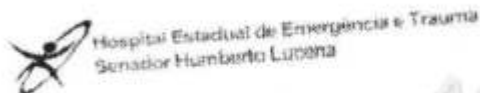
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 5804/PB)

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim





Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:17:58

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 6121221 - Tel.:

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:17:31)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

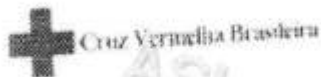
paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. + tratamento conservador de fratura úmero proximal e., evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo + orientações + alta hospitalar.

Número Conselho: 5804

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

[Handwritten signature]

COM-REVISE
MAR. 2018
PE JTOCOLO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 09/11/2017 07:50:24

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105205
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 704100248864080	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 07:50:15)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

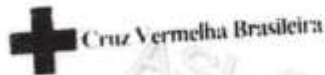
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMEROS PROX ESQ. EVOLUINDO SEM FEBRE COM MELHORA DO LABORATÓRIO.
AGUARDA CIRURGIA (OSTEOSSÍNTESE PLACA 4,5 ESTREITA EM FEMUR)

Jeção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

COM-REV ES
RUBEN
MAR 2017
PF
JTOCCO
11/04/2018 13:27:16

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 08/11/2017 11:24:30AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Idade	Bolém de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Sexo Masculino	CNS 704100248864080	Prontuário 105205	
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO	

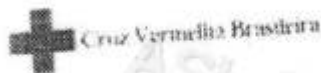
EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 11:24:25)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS
PRE OP OK
AGUARDA CIRURGIA

Número Conselho: 7296

eção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 06/11/2017 07:56:12

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	Boletim de Atendimento 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	Prontuário 105205
Tempo de Internação 2d 6h 55min	Convênio SUS	CNS 704100248864080	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 07:56:04)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, FEBRICULA, AGUARDA NOVOS EXAMES SOLICITADOS ONTEM.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

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

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

102 Placa PCP longa de 20 F. +
Ranaj. Cat. n.º: 30 M, 32 F, 34 I, 38 I, 42 F e 44 I.
Fio de Kirschner n.º 2,5 F (Guia)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

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 - CÓD. 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



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: 11/04/2018 13:27:16

Idade: 20 Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Cor: Preto Data: 10/11/18

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: 11/04/2018 13:27:16 LR: 11/04/2018 13:27:16

Cirurgia: Artroscopia e redução de fratura de tíbia de Fémur D

Cirurgião: Dr. Pedro 1º Assistente: Dr. Rodrigo

2º Assistente: Dr. 11/04/2018 13:27:16 3º Assistente: 11/04/2018 13:27:16

Instrumentador: 11/04/2018 13:27:16 Anestesista: 11/04/2018 13:27:16

Tipo de Anestesia: 11/04/2018 13:27:16 Horário: Início 11/04/2018 13:27:16 : 11/04/2018 13:27:16 Término 11/04/2018 13:27:16 : 11/04/2018 13:27:16

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de tíbia de Fémur D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Artroscopia e redução de fratura de tíbia de Fémur D</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: 11/04/2018 13:27:16

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Pedro Romário

João Pessoa, 10/11/18

Nota de Sala Cirúrgica

[illegible]



UNIVERSIDADE
ESTADUAL

FICHA DE ANESTESIA

10/11/17

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Eric Daniel S. Silva SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL: 100/60 PULSO: 48 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 45 KG GRUPO SANGÜÍNEO: B

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Nenhum

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: Desperto DROGAS EM USO: Nenhum

PRE-ANESTÉSICO: Nenhum

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura Diáfise Femur Dir.

CIRURGIA REALIZADA: Fixação Cirúrgica Fract. Femur Dir.

CIRURGIÃO: Venna AUXILIARES: Nenhum

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h 20min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 11.01.01.001 QUANT. DE CH.: 1 VALORES RS: 4572

ANESTESISTA: Adriana Lobão de Azevedo CRM-PB 4572

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R

ASR: 13:40 14:40 15:40

LÍQUID. VENTILADO: R R R



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HERTSIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em D7H, Sol a esquerda
- 1448V + Integre
- Afecção de ambas as mãos

Incisão:

incisão longitudinal lateral no coto (2)

Achados:

- Fatores de risco de ferimento (2)

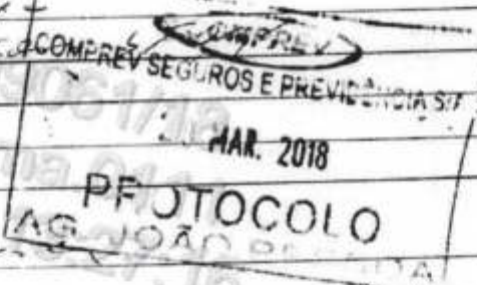
Condução:

- Amputação + Hemostasia posterior
- Amputação distal do fôco de fratura
- Redução de fratura com fixação
- Fixação por fôco de 4.5 de 10 mm
- Uso de pinos e fios
- Lavagem de ferimento
- Lavagem de ferimento

Fechamento:

- Fechamento com pontos
- Suturas de pele
- Curativo e controle

Observação:



Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/12/17

F(NG).ASCIR.009-1



Sistema Único de Saúde
Ministério 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

HEETSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1039023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fio de Kirschner no 3.5

COMPENSAÇÃO DE VALORES
PROTÓCOLO
11/04/2018
13:27:46
ASL-0099061718
marcela.lima

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Victor Linhares

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 8184-RN
CRM 10894-PB

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSUL

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: (X) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/11/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento de Fr. Distal de Fêmur V
Cirurgião: Dr. Anão 1º Assistente: Dr. Gomes
2º Assistente: Dr. Victor MR1 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fr. Distal de Fêmur D	
- Fr. em un. proximal	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Troca Transilial Trocar	
② Redução. imediata de Fr. em un. proximal	

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: _____

Dr. Victor Linhares
CRM 100000-08

João Pessoa, 03/11/17

Nota de Sala Cirúrgica

103 9023

NOME DO PACIENTE Eric Daniel Santos Silva					
IDADE 12 DE 1039023		HISTÓRICO		ENFERMARIA	
CIRURGIÃO Trat em Trat de Limão D + Limão E		PAIX George		PAIX	
CIRURGIÃO Araújo		PAIX George		PAIX	
ANESTESIA geral		PAIX George		PAIX	
ANESTESISTA Dr Andre		PAIX George		PAIX	
INSTRUMENTADOR		PAIX George		PAIX	
DATA 03/11/17		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 22:00		CIRURGIA INÍCIO FIM 22:40	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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.					
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	OK	FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	OK	FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 25X07		FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	7	FIO SEDA Nº	
NMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FITA CARDÍACA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUÍ Nº250		CIMENTO CIRÚRGICO	
RANIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº260		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº270		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER Nº	35 1
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	ROSA P/ COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		FIXADOR EXTERNO	
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	
PROSTROMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	7	() CAPNOGRÁFO	
		GAZES ALGODOADAS		() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCÓPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Marcelo João Pereira - 344401



UNIVERSIDADE
BRASIL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/04/12

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Erick D. S. Silva	SEXO: M	COR: B	IDADE: 12	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 70	RESPIRAÇÃO: 20	TEMPERATURA: 36.0	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES: OK				
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO	OK		
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	Ler		
PRÉ-ANESTÉSICO	DROGAS EM USO			
DOSE: 100mg	ESTADO FÍSICO (ANX): 7			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de fêmur @ + úlcera @			
CIRURGIA REALIZADA	Tórax + abdome			
CIRURGIÃO	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TERMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA: Dr. André	CPE	CRM-PB	7777	

IDENTIFICAÇÃO

U
N
Z
U

LÍQUIDOS
VENOSOS

220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

VELOCIDADE
DE FLUXO

ANESTESIA GERAL

RAQUIDIANA

ENDORRHAL

BLOCO PLEXO

BLOCO NERVOS

OUTROS

LÍQUIDOS

GLUCOSE

NaCl

SORO

INSULINA

OUTROS

DESTINO DO PACIENTE

APTY

UTI

OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. INDI. ASC. 026-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH 189 Nodulo-
① Anestesia, antiespasmódico, CC E

Incisão:

②

Acabados:

Condução:

④ Tensão transodológica Transiti-
vial D, com Fio de Steinmann-
3,5

⑤ Mobilização de Ombro D
para redução transodológica Ex
de ombro máximo D, quinto
por nodulo capto

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 03.11.17

Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Eric Daniel Santos é portador do CID : S 42.2 + S 72.3 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação articular na região especificada proveniente de fratura de úmero esquerdo e fêmur direito ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

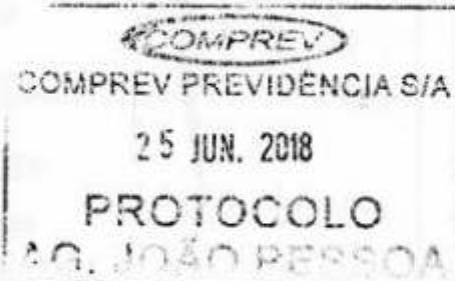
Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
C.R.M-PB: 8.742
0-06-2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DI. P62		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL 3489124 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/06 NOME ERIC DANIEL SANTOS SILVA Erielson Bernardino da Silva Atamires Kely Garcia dos Santos Guarabira-PB. DATA DE NASCIMENTO 10-07-2005. Cert. Nasc. Nº 27.047:rls.41-V'liv.A28 Cart. de Araruna-PB. CPF 084.355.204-20 Assinatura do Diretor LEI Nº 148 DE 20/08/83	
UM ANO E DOIS MESES DE IDADE CARTEIRA DE IDENTIDADE			

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal
CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Inscrição
084.355.204-20
 Nome
 ERIC DANIEL SANTOS SILVA
 Nascimento
 10/07/2005

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 11 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
LABORATÓRIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631810501

NOME
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
2834303 SSP PB

CNPJ
050.424.914-22 DATA NASCIMENTO
12/09/1984

FUNÇÃO
LUIZ ANTONIO COSTA
MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
ACC B

Nº REGISTRO
02684577050 VALIDEZ
06/01/2023 1ª HABILITAÇÃO
06/01/2003

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
08/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
71539210462
PB036039055

PARAÍBA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
MAR. 2018
PROTOCOLO
AG 104000004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P62

Atamires Kely Santos Macêdo Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.141.013 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 18-03-2008

NOME VA ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA

FILIAÇÃO José Ronaldo Silva de Macêdo
Ires do Céu Garcia dos Santos

NATURALIDADE Araruna-PB. DATA DE NASCIMENTO 10-05-1988

DOC. Oficial: Cert. Cas. Nº 305 fls. 107; liv. B. Aux. 2
Cart. de Araruna-PB.

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
061.329.594-32

NOME
ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA

DATA DE NASCIMENTO
10/05/1988

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P62



UM ANO E DOIS MESES DE IDADE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3 4 8 9 1 2 4 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/09/06

NOME ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA

Erielson Bernardino da Silva
Atamires Kely Garcia dos Santos

10-07-2005
DATA DE NASCIMENTO

Guarabira-PB.

Cert. Nasc. Nº 27.047; fls. 41-V'liv. A28
Cart. de Araruna-PB.

CPF 13.30.52

Assinatura do Diretor

LEI Nº 148 DE 20/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

084.355.204-20

ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA

10/07/2005



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

MAR. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P62



Atamires Kely Santos Macêdo Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.141.013 2ª VIGILÂNCIA DE IDENTIFICAÇÃO 18-03-2008

NOME VA ATAMIRES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA

FILIAÇÃO José Ronaldo Silva de Macêdo
Ires do Céu Garcia dos Santos

Araruna-PB. 10-05-1988
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. Nº 305 fls. 107:11v. B. Aux. 2
Cart. de Araruna-PB.

CPF 3.333.333-33

JOÃO PENHA - PS ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número do CPF
061.329.594-32

ATAMIRES KELLY SANTOS MACEDO SILVA

10/05/1988

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
 3834303 SSP PB

CN
 050.424.914-22 DATA NASCIMENTO
 12/09/1984

RELAÇÃO
 LUIS ANTONIO COSTA
 MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA

PERMISSÃO
 026R4577050

VALORES
 05/01/2023 1ª HABILITAÇÃO
 06/01/2003

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 08/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
 71539210462
 PB036039055

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1631810501



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012153181161

21598101041

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0036621491-8 00/00000000

GRAZIELA TEIXEIRA SILVA
RUA SAO MATEUS SN CASA
CENTRO
58233000 ARARUNA - PB

04462039475

MOO7201/PB

JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS

NOVO PB 9C2JC4820BR007589

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES

2011 2011

2 P/124 /CI

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : JC48E2B007589

ARARUNA - PB

14311

10/08/2015

31054

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153181161

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM BRT 20152500003023-7 EXERCÍCIO
1 0036621491-8 00/00000000 2015

NOME
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA

CPF/CNPJ PLACA
04462039475 MOO7201/PB

PLACA ANT/UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC4820BR007589

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO REG
HONDA/BIZ 125 ES 2011 2011

CAP/POT/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA VENC/COTAS
IPVA PAGO EM 19/01/2015 1º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 19/01/2015

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ARARUNA - PB LOCAL DATA
14311 10/08/2015

31054

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

PB Nº 012153181161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 10/08/2015

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 04462039475 MOO7201/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
00366214918 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB COTAS Nº CHASSI
2011 9 9C2JC4820BR007589

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 19/01/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0843250-20150810

Mar-2015

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 012153181161
21598101041	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
PRE 20152500003023-7	
1	0035621491-8
00/00000000	
NOME/ENDEREÇO	
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA	
RUA SAO MATEUS SN CASA	
CENTRO	
58233000 ARARUNA-PB	
04462039475	PLACA
MOO7201/PB	
NOME ANTERIOR	
JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS	
NOVO	PR
9C2JC4820BR007589	
ESPECIE TIPO	
PAS/MOTONETA/MRO APLIC	
COMBUSTIVEL	
ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO	
HONDA/BTZ 125 ES	
ANO FAB	
2011	
ANO MOD	
2011	
CAP/ROT/CIL	CATEGORIA
2 P/124 /CI	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
N.MOTOL : JC48E2B007589	
0	
ARARUNA - PB	LOCAL
14311	DATA
10/08/2015	
31054	

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18
marcela.lima.0111
11/04/2018 13:31:13
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
MAR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153181161
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RRT 20152500003023-2 EXERCÍCIO
1 0036621491-8 00/00000000 2015

NOME
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA

CPF/CNPJ
04462039475

PLACA
MOO7201/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB 9C2JC4820BR007589

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO API 3C ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO 1 AB ANO 2 MOG
HONDA/BIZ 125 ES 2011 2011

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 19/01/2015 1º 2º 3º

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) IDP (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 19/01/2015

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

NRARUNA - PB LOCAL DATA
14311 10/08/2015

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012153181161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 10/08/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA
I 04462039475 MOO7201/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00366214918 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. CIL. 9C2JC4820BR007589
2011 9

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

GRUPO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 19/01/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT


CNPJ 09.248.605/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0843250-20150810

MM-2015

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO GONÇALVES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099061/18
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
CPF: 084.355.204-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017
Titular do CPF: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA : 061.329.594-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

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

ATENÇÃO:


- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2018
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF/CNPJ: 050.424.914-22


LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40


ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127713/18
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
CPF: 084.355.204-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017
Titular do CPF: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA : 061.329.594-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

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

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2018
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

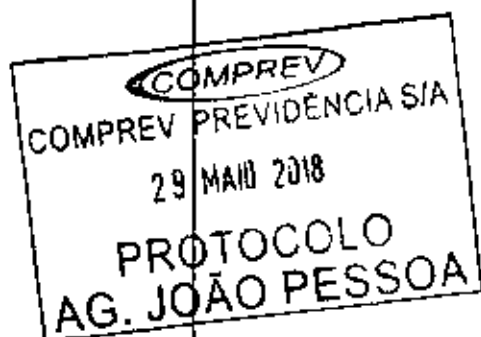
Data do cadastramento: 11/04/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Em atendimento ao requerimento da Sra. Costa, na condição de
Procurador do Procurador do Sr. Eric Daniel
Santos Silva, inscritos: 3180164698, solicito uma
nova perícia médica. Visto que, por motivo de
falta maior o mesmo não pôde comparecer!

João Pessoa, 23 de Maio de 2018.

Thiago Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO E NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698

Cidade: Araruna

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Data do acidente: 03/11/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEROS ESQUERDO COM TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MÉDICA. SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBÉM HIPOTROFIA DE QUADRÍCEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA SUA MARCHA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Janice de Almeida Pinto Miguez

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO
FRATURA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE .
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,

Sequelas permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO OMBRO ESQUERDO.
NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/07/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$3.206,25 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO E 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ATAMINES KELY SANTOS MACÊDO SILVA,
 brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
ABRIGADORA, CI RG nº 3141013,
 CPF/MF nº 06172859432, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA, S/N,
 Cidade de ARAÚJA, Estado
PARAIBA, CEP: _____, telefone
83986618863, 83987511209.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a ~~veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.~~

MAR. 2018
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 15 de Março de 2018.

Atamines Kely Santos Macedo Silva



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593845

A/C: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593845

A/C: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593960

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593960

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180141352 ASL-0099061/18
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data Acidente: 03/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Carta nº 12679582



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Carta nº 12679582



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Carta nº 12679617



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

Carta nº 12679617



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Nº Sinistro: 3180164698

Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180164698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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

Carta nº 12682340



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Sinistro: **3180164698**

Vítima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180164698** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12980119

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Nº Sinistro: 3180164698
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 237

Agência: 000000793-5

Conta: 0000012682-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Sinistro: **3180164698**

Vítima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180164698** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180164698**
Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**
Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **11/06/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEROS ESQUERDO COM TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBÉM HIPOTROFIA DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA SUA MARCHA.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO.**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 52595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180164698**
Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**
Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **27/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO
FRATURA DO FÊMUR DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180164698**
Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**
Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **27/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO
FRATURA DO FÊMUR DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DO FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

084355204-20

ERIL DANIEL SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ATAÍDES KELLY SANTOS MACÊDO SILVA		CPF titular da conta 06132958472	Profissão agricultora
Endereço RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA		Número 512	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade AQUINOVA	Estado PARANÁ	CEP 58233-000
Email			Telefone (DDD) 83 586618863

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) <input type="checkbox"/> BANCO <input type="checkbox"/> AGENCIA <input type="checkbox"/> NFO		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> MAR 2018 <input type="checkbox"/> CONTA <input type="checkbox"/> NFO	
AGÊNCIA NFO 0038	DIV	CONTA NFO 00017136	DIV	AGÊNCIA NFO	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

João Pessoa, 15 de Março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 ASL

CPF da Vítima

084355204-20

Nome completo da vítima

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Proteção
ATAMIRIS KELLY SANTOS MACEDO SILVA	06132918432	26/04/2018
Endereço	Número	Complemento
RUA MANOEL MANOEL TEIXEIRA	512	
Bairro	Estado	CEP
CAJATUBA	13091-67	58233-000
Email	Telefone (DDD)	
	83 886618803	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NFO	DIV	CONTA NFO	DIV
0038		00017136	7
(Informar dígito se existir)		(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.

15 de Março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal