

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180397037**

Vitima: **GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE**

Data do Acidente: **12/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180397037**.

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 13300919



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
Nº Sinistro: 3180397037
Vitima: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
Data do Acidente: 12/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180397037**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta nº 13464148

A/C: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180397037 ASL-0313970/18
Vitima: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
Data Acidente: 12/05/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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

900.228.234-68

Nome completo da vítima

GIVALDO QUEIROZ DE ANDRADE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GIVALDO QUEIROZ DE ANDRADE		CPF titular da conta 900.228.234-68	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA MARIA AURORA		Número 80	Complemento CASA
Bairro PENALTO	Cidade MAMANGUAPE	Estado PB	CEP 58280-000
Email NÃO POSSUI		Telefone (DDD) 83 99188-0136	

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 checked="" 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)			
AGÊNCIA NRO. 0044 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 94712 D/V 3 (Informar dígito se existir)	
BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

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

Mamanguape, 24 de agosto de 2018

Local e Data

Givaldo Queiroz de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. MAMANGUAPE

DATA: 23/08/2018

HORA: 11:32:35

TERMINAL: 00441647

CONTROLE: 004416470313

AGÊNCIA: 0044 - MAMANGUAPE

CONTA : 013.00094712-3

CLIENTE: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

**SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA INTEGRADA**

SALDOS DE POUPANÇA INTEGRADA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
21/08	4,520

RESUMO EM 22/08

SALDO	4,52
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO DISPONIVEL	0,00
------------------	------

SALDO TOTAL	0,00
-------------	------

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



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

900.228.234-68

Nome completo da vítima

GIVALDO QUEIROZ DE ANDRADE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GIVALDO QUEIROZ DE ANDRADE		CPF titular da conta 900.228.234-68	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA MARIA ANDRA		Número 80	Complemento CASA
Bairro PLANALTO	Cidade MAMANGUAPE	Estado PB	CEP 58280-000
Email NÃO POSSUI		Telefone (DDD) 83 9 9188-0136	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
0044

D/V

CONTA

NRO.
94712

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

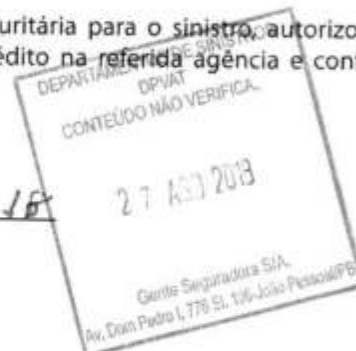
Mamanguape, 24 de agosto de 2018

Local e Data

Givaldo Queiroz de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CAIXA
CAIXA SEGURADORA S.A.

AUTO-ATENDIMENTO - AG. MAMANGUAPE

DATA: 23/08/2018

HORA: 11:32:35

TERMINAL: 00441647

CONTROLE: 004416470313

AGENCIA: 0044 - MAMANGUAPE

CONTA : 013.00094712-3

CLIENTE: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA INTEGRADA

SALDOS DE POUPANÇA INTEGRADA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
21/08	4,52C

RESUMO EM 22/08

SALDO	4,52
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO DISPONIVEL	0,00
------------------	------

SALDO TOTAL	0,00
-------------	------

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 005/2018

Ocorrência nº. 1516/2018



Aos 23 dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SIMONE QUIRINO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Carlos Antonio Soares, aí, por volta 10h:47min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE, conhecido por-, Identidade nº 1498369-SSP/PB, CPF nº 900.228.234-68, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultor, filho(a) de Genival Queiroz De Andrade E Maria Minervina Da Conceição, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 03/06/1970, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Aurora, nº 80, bairro: Planalto - Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: -, fone(s) para contato: (83)99188-0136.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 12 de maio de 2018;
- 3) HORÁRIO: 19h:30min;
- 4) LOCAL: proximidades do Viaduto da BR 101 nº -, bairro: Satélite - Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

1- HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA QFG 3096/PB, CHASSI 9C2KD0810FR449130, PROPRIEDADE EM NOME DE GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

SEM TESTEMUNHAS.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE comparece nesta Delegacia de Polícia Civil para noticiar que no dia 12 de maio/2018, por volta das 19:30 horas, conduzia sua Motocicleta, acima descrita, quando ao passar nas imediações do Viaduto da BR 101, bairro Satélite, nesta cidade de Mamanguape, sofreu um acidente, onde uma outra motocicleta colidiu frontalmente com o noticiante; QUE perdeu os sentidos devidos os ferimentos e foi socorrido inicialmente para o Hospital Geral de Mamanguape, mas diante dos graves ferimentos foi encaminhado para o Hospital de Traumas em João Pessoa, onde foi diagnosticado conforme Prontuário nº 108.717(Ruptura Traumática da Sinfise Pubica, Fratura exposta do Hálux E): motivo pelo qual noticia o fato para tomar as providências que o caso requer.

9) OBSERVAÇÕES:

QUE O NOTICIANTE APRESENTOU CNH E DOCUMENTO DO VEÍCULO PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Ginaldo Queiroz de Andrade
GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
Comunicante

Carlos Antonio Soares
CARLOS ANTONIO SOARES



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

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

CPF da Vítima

900.228.234-68

Data do Acidente

12/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Mamanguape, 27 de agosto de 2018

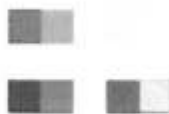
Local e Data



GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE
SAÚDE



T A P I H O

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

Mamanguape, 11 de Julho de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 12 de Maio de 2018, foi solicitado pelo Hospital Geral de Mamanguape para realizar a transferência de GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE, vítima de acidente com motocicleta, ao Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Crisane França de Farias
Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape - PB
CNPJ 08674396000164



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000094712-3

Nr. da Autenticação 3959138C96DCB709

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica N° 010.280.892



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
RUA MARIA AURORA 80
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/662723-6

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

30/07/2018

CONSUMO

28

VENCIMENTO

06/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,23

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

Rotelro: 17-014-165-5140

83600000000-7 25230054000-9 06627232018-6 07100014019-5

VENCIMENTO

06/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,23

MATRÍCULA

662723-2018-07-1



RECIBO DO PAGADOR

Nome do Beneficiário Nu Pagamentos S.A.	CNPJ/CPF 18236120000158	Data de Vencimento 10/08/2018	Valor Cobrado 375,00
Agência / Código do Beneficiário 03000 / 00026952-8	Nosso Número 00244727-4	Autenticação Mecânica	

BANCO SAFRA S/A | 422-7 | 42297.03006 00002.695286 00244.727426 4 76120000037500

Local de Pagamento Em qualquer banco até o vencimento						Vencimento 10/08/2018	
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.				CNPJ/CPF 18236120000158		Agência / Código do Beneficiário 03000 / 00026952-8	
Data do Documento 08/08/2018	Nº do Documento 244727	Espécie Doc. DM	Acerto N	Data de Processamento 08/08/2018	Nosso Número / Cod. do Documento 00244727-4		
Uso do Banco	Carteira 01	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(*) Valor do Documento 375,00		
Instruções Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					(-) Desconto / Abatimento 0,00		
					(-) Outras Deduções 0,00		
					(*) Mora / Multa 0,00		
					(*) Outros Acréscimos 0,00		
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					(**) Valor Cobrado 375,00		
Pagador Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB Sacador Avalista					01200783417 Código de Barra		

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
DADOS DE NASCIMENTO 03/06/70
NOME DA MÃE MARIA MINERVINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.081.678
Nº PRONTUARIO 108.717
DATA DO ATENDIMENTO 13/05/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) RUPTURA TRAUMÁTICA DA SÍNFISE PÚBLICA + FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX E
CID 10 S 33.4 + S 92.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), trazido pelo SAMU (USA), apresentando-se sem dores e trouxe radiografia da bacia, demonstrando fratura de quadril, além de lesão em lábio inferior e múltiplas escoriações em face + ferimento corto-contuso em região dorsal do hálux E e dor aos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia
RX da bacia - AP
RX do tórax - AP
RX do pé E - AP e P



TRATAMENTO:

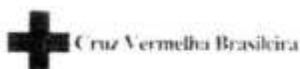
Ruptura das sínfise púbica à TC e RX da bacia. Fratura exposta do hálux E ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e Dr. Jo'se Martinho no 1º tempo e pelo Dr. Umberto Jansen e equipe da Ortopedia no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 30/05/18
DATA DA EMISSÃO: 16/08/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - ORTOPEDIA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/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 Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1081678



Identificação do paciente

ID 1288482	Nome GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47 anos 11 meses 10 dias	Estado civil
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO	Pai GENIVAL QUEIROZ DE ANDRADE	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1498369	Fone Fixo
Local de procedência MAMANGUAPE	Nº Cns 898000911880985	
Email	Tipo MUNICIPIO	UF PB
	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 13/05/2018 02:21:23	Número da pulseira 1000059883745	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO 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 []
<p>Dados clínicos</p> <p>Prontuário de emergência de Serviço Pronto Paciente sofreu com trauma de queda de moto quando estava sendo p/</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</p>						

Marcelinho
Enfermeiro
CORREIO 443
Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO PARÁIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		BAE 1081678	Data/Hora Entrada 13/05/2018 02:21:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898000911860985	Telefone de Contato (83) 000000000
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO		Prontuário		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA		Nº Cons. Regional 11045/PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 02:44:13		

Anamnese

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL TRAZIDO PELO SAMU (USA) COM HISTORIA DE COLISAO MOTOXMOTO. SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. TROUXE RADIOGRAFIA DE BACIA REALIZADA PREVIAMENTE, DEMONSTRANDO FRATURA DE QUADRIL.

VIAS AEREAS PERVIAS. NEGA CERVICALGIA
RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. EUPNEICO
ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE. ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO
CONSCIENTE E ORIENTADO. GLASGOW 15.
APRESENTA LESÃO EM LABIO INFERIOR E MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM FACE.

CD: TC DE BACIA
RX TORAX + RX BACIA
HEMOGRAMA SERIADO
PARECER BUCO + ORTOPEDIA

**CUIDADOS**

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO. (OBSERVAÇÕES: PARECER BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE BACIA

CID10

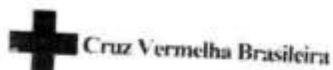
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Bruno J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10516JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA
(CRM: 11045/PB)

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		BAE 1081678	Data/Hora Entrada 13/05/2018 02:21:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898000911860985	Telefone de Contato (83) 000000000
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO		Prontuário		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA		Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 09:28:16		

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOX MOTO HÁ 5 HORAS
QUEIXA-SE DE DOR NO QUADRIL DIREITO
AO EF: FCC REGIÃO DORSAL DO HÁLUX ESQUERDO, SEM DEFICIT DE EXTENSÃO, SEM FERIMENTOS NA
BACIA, DOR À TENTATIVA DE MANIPULAÇÃO DOS MMII, SEM DEFICIT SENSITIVO E/OU MOTOR NOS MMII,
PERFUSÃO DISTAL E PULSOS MANTIDOS
RAIOX: ABERTURA DA SINFISE PUBICA, FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO

CD: REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA EM HALUX ESQUERDO
INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE BACIA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)
GUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)
Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML), ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 24H

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 10,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 13/05/2018 02:21:32

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)



Handwritten signature and stamp: Daniel Conserva Arruda, 11134



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		BAE 1081678	Data/Hora Entrada 13/05/2018 02:21:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898000911860985	Telefone de Contato (83) 000000000
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO		Prontuário		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA		Nº Cons. Regional 4550/PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 07:01:19		

Anamnese

ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HA APROXIMADAMENTE 6 HORAS.
 MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE.
 EXAME FÍSICO: ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS MANTIDOS, FCC EM LÁBIO INFERIOR, SEM
 SANGRAMENTOS ATIVOS, SEM SINAIS E SINTOMAS DE FRATURAS DOS OSSOS DA FACE, ABERTURA BUCAL E
 MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, CONTORNOS ÓSSEOS MANTIDOS.
 CD:
 1- AGUARDANDO PORTUNIDADE PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA.

CID10

Código	Descrição
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral

Conduta

Em observação

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

Dr. Leonardo Paiva
Cirurgia Maxilofacial
CRM-PB 4550LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE	BAE 1081678	Data/Hora Entrada 13/05/2018 02:21:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898000911860985
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 000000000
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 06:20:24	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOX MOTO HÁ 5 HORAS
QUEIXA-SE DE DOR NO QUADRIL DIREITO
O EF: FCC REGIÃO DORSAL DO HÁLUX ESQUERDO, SEM DEFICIT DE EXTENSÃO, SEM FERIMENTOS NA
BACIA, DOR À TENTATIVA DE MANIPULAÇÃO DOS MMII, SEM DEFICIT SENSITIVO E/OU MOTOR NOS MMII,
PERFUSÃO DISTAL E PULSOS MANTIDOS
RAIOX: ABERTURA DA SINFISE PUBICA, FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO
CD: JEJUM
SOLICITO RAOX COLUNA LOMBAR E SALA PARA O CENTRO CIRÚRGICO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

Conduta

Em observação

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
TEC 165843/SP

Diego Dantas Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18047
TEC 165843/SP





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		BAE 1081678	Data/Hora Entrada 13/05/2018 02:21:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898000911860985	Telefone de Contato (83) 000000000
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO		Prontuário		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA		Nº Cons. Regional 3040/PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 10:28:09		

Anamnese

TEM TEMPO: REALIZAÇÃO DE SUTURA EM LÁBIO INFERIOR.

EXAME FÍSICO

REALIZAÇÃO DE SUTURA EM LÁBIO INFERIOR

ALTA BMF

AO CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Paciente GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1081678	Data/Hora Entrada 13/05/2018 02:21:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/06/1970	Idade 47	Sexo Masculino	Prontuário 108717
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 898000911860985	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 17/05/2018 10:14:00)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#4º DIH#

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX + DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA COM LESÃO DA SACRO-ILÍACA
ESQUERDAPACIENTE EVOLUI EM URPA, COM MELHORA DO QUADRO GERAL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO
AO EXAME: EGB, NORMOCORADO. BOA PERFUSÃO DISTAL, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

CONDUTA: SOLICITO TC BACIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9005
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DPE por anestesia
- ② antebra + antebra + sonda Venosa
- ③ aplicação de campos antisepticos

Incisão:

- ④ Incisão longitudinal tipo Rhumboides por planos anatômicos

Achados:

- ⑤ Fract. luxação de Quel. Pelvico

Conduta:

- ⑥ Real. reposicionamento aberto + fixação interna de fract. luxação de Quel. Pelvico com 1 placa tipo DPE 4 fms + 4 parafusos verticais. ~~aberto~~
- ⑦ Lavagem com sol fisiológico 0,9%

Fechamento:

- ⑧ Sutura de ferida operatória por planos anatômicos
- ⑨ Sutura do músculo com pp absorv
- ⑩ Ex. de controle

Observação:



Médico/CRM: _____

João Pessoa, 28, 05, 18



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSIL

Nome: Guilherme Queiroz de Andrade BE/Prontuário: 1081678
Idade: 47 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 28/05/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Frnt. luxação do Quel Pélvico
Cirurgião: Dr. Umberto Jansen 1º Assistente: Tiago R2
2º Assistente: Dr. Daniel R2 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Neloheite
Tipo de Anestesia: Raquiocaudal Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frnt. luxação do Quel Pélvico</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Cratamento cirúrgico de</u>	
<u>Frnt. luxação do Quel Pélvico</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: _____

João Pessoa, 28/05/18

Nota de Sala Cirúrgica



GINILDO QUEIROZ DE ANDRADE



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28/05/2018

PRONTUÁRIO: 1081678

PACIENTE: GINILDO QUEIROZ DE ANDRADE

COR:

IDADE:

RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DE ANEL PÉLVICO

CIRURGIA REALIZADA

TRATAMENTO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO

INÍCIO DA ANESTESIA

TERMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

PF

CRM-PB

01 HORA E 20 MINUTOS
2584

AGENTES RARA

U
N
O

QUANTOS
/MINUTOS

RINGER LAIDATO - 2.500ml

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO

PISTÃO



ANESTESIA

RAQUIDIANA

EPIDURAL

BLOQ PLEXO

BLOQ NERVOS

OUTROS

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

TÉCNICA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

TUCSON

Netoleite Fernandes de Araújo
Médico - CRM: 2584

DESTINO DO PACIENTE
☐ APT* ☐ ENFERMARIA
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (ING) ASCIR 026-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTHIL

Nome: Ginaldo Gurgis de Andrad BE/Prontuário: 1081678
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: do gurgis de gurgis exposto de mlex
Cirurgião: Dr. Gurgis 1º Assistente: Dr. Martins
2º Assistente: MIRI DUTRA 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Bloqueio femoral Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ex exposto de mlex</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>do gurgis de gurgis exposto</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



Daniel Consueva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 13/05/18

Médico/CRM: _____



MEETS WITH

Médico/CRM: CRM 11134

~~Daniel Conserva Arruda~~
~~MEDICO~~
~~CRM 11134~~

João Pessoa, 13/05/18



NOME DO PACIENTE: **Guilherme Henrique de Andrade**

IDADE: **48** ANOS

CIRURGIA: **0 CIRUR. ABERT. EXPLORAÇÃO DE HÍGADO**

ANESTESIA: **Local**

ANESTESISTA: **Dr. Tierras Kehrwald**

INSTRUMENTADOR: **MÉDICO CRM 7179**

DATA: **02/06/2013** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO **08:50** FIM **09:10**

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

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO N°18		FIO CAT. GLT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20		FIO CAT. GLT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOPRIVACAÍNA S. VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S. VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO N°	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MORFINA		AGULHA 25X08		FIO SEDA N°	
NIMBILIM		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°16		MATERIAL ESPECIAL	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°17		CATETER DE PIC	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍ N°25G		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ N°26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°27G		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER N°	
SUSANETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO STEINMAN N°	
ADRENALINA		BOLSA P. COLÓSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DERIVA VENTRICULAR	
BENTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°		PROTESE VASCULAR	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°16		KIT PAM	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°17		FIXADOR EXTERNO	
DISSÓCIO SÓDICA		CATETER EPIDURAL N°18		EMPRESA	
ETÓRSEMIDA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
HIIDROCORTISONA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
IDOCAÍNA GELÉIA		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
INDASENTRONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LASIL		ELETRODOS		PLACA	
ROSTIGMINE		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
ROTAMINA		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
ENOXICAN		EQUIPO MICROGOTAS		() ASPIRADOR	
		ESPONJA DE PVPI		() BISTURI ELÉTRICO	
		ESPARADRAPO		() CAPNOGRAFO	
		GAZES		() CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODOADAS		() DESFIBRILADOR	
		GEL. ELETROLÍTICO		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°14		() FOCO CENTRAL	
		JELCO N°16		() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA / NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICA

27 AGO 2013

Documento de Alta

Nome: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE			Número Prontuário: 108717
Data de 03/06/1970	Sexo: Masculino	Data de Internação: 13/05/2018 11:02:51	Data de Alta: 30/05/2018 07:07:48
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: OSTEOSSÍNTESE DE DISJUNÇÃO DE SINFISE PÚBICA COM PLACA DCP 5 FUROS E 5 PARAPUFOS CORTICAIS. CIRURGIÃO: DR UMBERTO JANSEN.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO MOTOxMOTO, TENDO SIDO DIAGNOSTICADO COM DISJUNÇÃO DE SINFISE PÚBICA (CIRÚRGICO) E FRATURA DE HALUX (CONSERVADOR), EVOLUINDO BEM NO PÓS-OP.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: 1- OSTEOSSÍNTESE DE SINFISE PÚBICA.			
Diagnóstico: S33.4 - Ruptura traumática da sínfise púbica			
Recomendações: NÃO DEAMBULAR ATE LIBERALÇÃO NO AMBULATORIO.			

Data: 30/05/2018

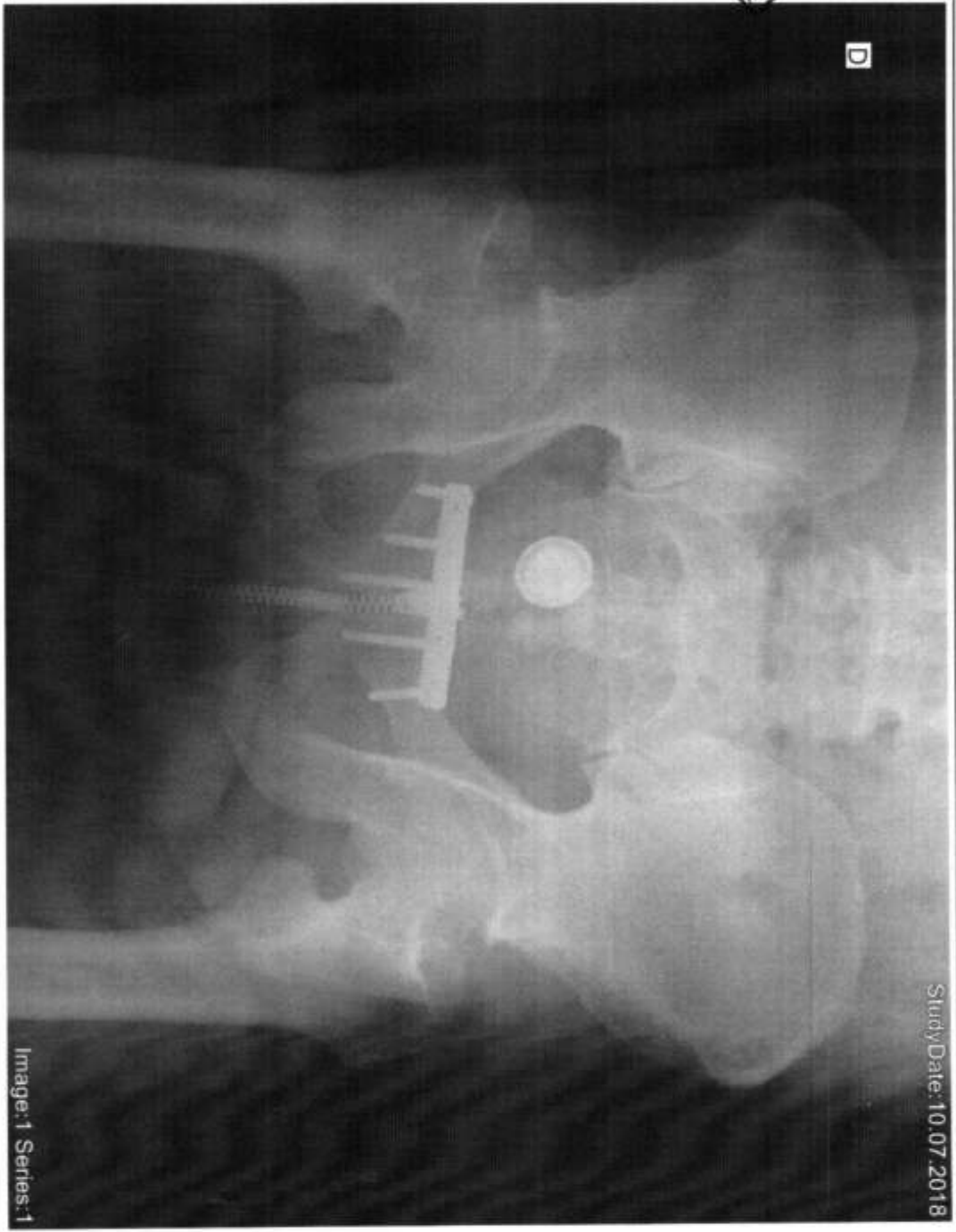


Francinelo Freitas
Médico
CRM PB 9603
OAB 103404579057800
FRANCINELO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICA
27 AGO 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 St. 106-João Pessoa/PB

PatientID: 000000063403
Name: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
Sex: Masculino
BirthDate: 03.06.1970
Age: 48a.



StudyDate: 10.07.2018

Image: 1 Series: 1



Receituário Médico



HEETSHL

GIUNROO BLEIROZ DE ANDRADE

MMMO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE
EM MOTO II EX EXPOSTA DE INJÚRIA
ESQUELÉTICA + DISSUNÇÃO SÍNFISE PÚBLICA
TRATADAS CIRURGICAMENTE, COM FIOS
+ LIMEÇA EM PÉ + PLACA + PROTEÇÃO
EM BACIA.

CID: ~~8633~~

592

Data: 25/09/18



Dr. Linckert Jansen
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5.342.1559

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

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

Nome
 GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

DOC. EMITIDOR / END. EMISSOR DE
 1498369 SSP PB

CN
 900.228.234-68

DATA NASCIMENTO
 03/06/1970

RELAÇÃO
 GENIVAL QUEIROZ DE ANDRADE
 MARIA HINERVINA DA CONCEIÇÃO

PERMISSÃO
 ACC CAT HAB A

Nº RENOVEL
 00293184028

VALIDADE
 06/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
 02/09/2011

1280551508

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Assinatura do Titular
 João Pessoa, PB

DATA EMISSÃO
 06/04/2016

06846152461
PB032413653

DETRAN-PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICA.

27 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Dom Pedro I, 175 S, 106-João Pessoa/PB



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013748258614

1 0105252785-7 00/00000000 2017

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

90022823468 PLACA QEG3096/PB

NOVO PB 9C2KD0810FR449130

PAS/MOTOCICLETA/NOU ACILIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2015

2 P/162 /G1 PARTIC VERMELHA

1 00/00/0000 1º

2 00/00/0000 2º

3 00/00/0000 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 01/09/2017

SEGURO - P A G O

01/09/2017

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

MAMANGUAPE - PB

14316

21/09/2017

1368

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

PB Nº 013748258614 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 21/09/2017

90022823468 PLACA QEG3096/PB

01052527857 HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 9 9C2KD0810FR449130

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 0,00

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00

DATA DE PAGAMENTO 01/09/2017

SEGURO

01/09/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.244.408/0001-04

13684-1411246-20170921

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA

27 AGO 2018

Gentle Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 S. 116-João Pessoa/PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397037 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE **Data do acidente:** 12/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA.
FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (QUADRIL - PLACA E PARAFUSOS; HÁLUX - LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS PÉLVICAS E DO HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE POR LESÃO EM ESTRUTURAS PÉLVICAS E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO HÁLUX ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas pélvicas cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			30 %	R\$ 4.050,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1


Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313970/18
Vítima: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
CPF: 900.228.234-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/05/2018
Titular do CPF: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

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

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE : 900.228.234-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF/CNPJ: 012.007.834-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397037 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE **Data do acidente:** 12/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA.
FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (QUADRIL - PLACA E PARAFUSOS; HÁLUX - LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS PÉLVICAS E DO HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE POR LESÃO EM ESTRUTURAS PÉLVICAS E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO HÁLUX ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas pélvicas cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			30 %	R\$ 4.050,00



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF 900.228.234-68, residente e domiciliado na Rua Maria Aurora, 80, Planalto, Mamanguape/PB, CEP 58.280-000, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

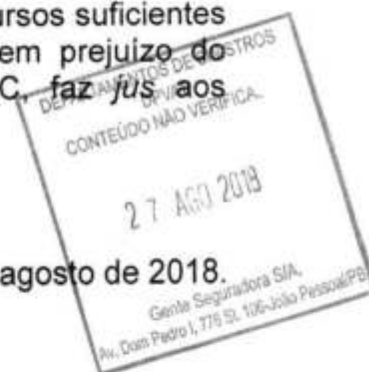
OUTORGADOS: ALTAMIRO MORAES, OAB/PB 12.678, com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, 920, Tambauzinho, sala 01, João Pessoa, PB, Cep: 58042-200, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad-judicia ET EXTRA**" em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **podendo, inclusive, RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDAM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS AO TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.**

Poderes específicos para atuação judicial e extra judicial para obtenção de seguro DPVAT.

Outorgante: Declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para pagar as custas processuais da presente demanda, sem prejuízo do sustento próprio, pelo que, nos termos do art. 98 do CPC, **faz jus aos benefícios da Justiça Gratuita.**

2º Cartório
Mamanguape-PB

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2018.




GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
CPF nº 900.228.234-68
OUTORGANTE



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
Dou fé. Mamanguape/PB - 23/08/2018
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital: AHK26732-HZJO
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol: R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

Condomínio Empresarial Plaza Center – Sala 09, A
CEP: 58013-520 – C

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Ferreiro Advogado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313970/18

Número do Sinistro: 3180397037

Vítima: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

CPF: 900.228.234-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2018

Titular do CPF: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO