
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

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.seguradoraslider.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 GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		CPF titular da conta 900.228.234-68	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA MARIA AURORA		Número 80	Complemento CASA
Bairro PLANALTO	Cidade MANANGUAPÉ	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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.

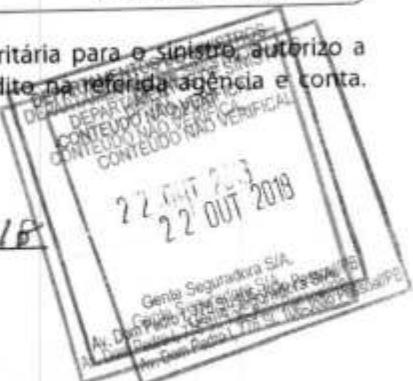
Mamanguape, 24 de agosto de 2018

Local e Data:



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. MAMANGUAPE
DATA: 23/08/2018 HORA: 11:32:35
TERMINAL: 08441647 CONTROLE: 084416478313

AGÊNCIA: 0844 - 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
Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 de 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 GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		CPF titular da conta	Profissão
			900 228 934-68	AGRICULTOR
Endereço	RUA MARIA AURORA		Número	80
Bairro	PENALTO	Cidade	Estado	Complemento CEP CASA
Email	Não Possui		58280-000	
			Telefone (DDD) 83 9 9188-0136	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> 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
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.	D/V	CONTA	D/V
00 44		99712	3
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome			NRO.
AGÊNCIA			
NRO.	D/V	CONTA	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitacão do valor indenizado.

Graziela Guirroz de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA
CRÉDITO E DEBITO PÚBLICO FEDERATIVO

AUTO-ATENDIMENTO - AG. MAMANGUAPE
DATA: 23/08/2018 HORA: 11:32:95
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: 0800-726 0101
Ouvintoria 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: 12de maio de2018;
- 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/VITIMA 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 Viadutos 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 Prontuario nº 108.717(Ruptura Traumática da Sinfise Pubica, Fratura exposta do Hálux E): motivo pelo qual noticia o fato para tomar as providencias 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

luis
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 Lider 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.

Munanguape, 27 de Agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE
SAÚDE



CIA CAT

**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.

Onsiau/ Crisane França de Farias

Crisane França de Farias - SAMU 192
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: 00000094712-3

Nr. da Autenticação 3959138C96DCB709

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 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 Insc 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

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2018

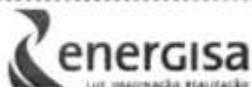
30/07/2018

28

06/08/2018

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	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
06/08/2018	R\$ 25,23	662723-2018-07-1



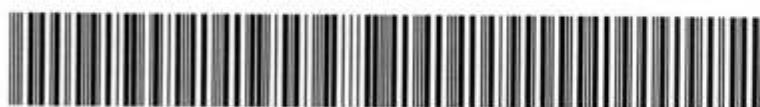
RECIBO DO PAGADOR

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.					Agência / Código do Beneficiário 03000 / 00026952-8
Data do Documento 08/08/2018	Nº do Documento 244727	Espécie Doc. DM	Acoste N	Data de Processamento 08/08/2018	Nosso Número / Cód. do Documento 00244727-4
Uso de 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					01200783417
Sacador Avulso					Código de Barras

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 PRONTUÁRIO 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

NOME DO PACIENTE

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 contuso em região dorsal do hálux E e dor aos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

BOLETIM DE ENTRADA

PRONTUÁRIO

DATA ATENDIMENTO

TIPO ATENDIMENTO

TC da bacia

RX da bacia - AP

RX do tórax - AP

RX do pé E - AP e P

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:



TRATAMENTO:

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

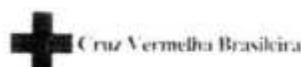
ALTA HOSPITALAR: 30/05/18

DATA DA EMISSÃO: 16/08/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516/PB

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



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	Religião	Prontuário
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO				Pai GENIVAL QUEIROZ DE ANDRADE
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1498369	Nº Crs 898000911860985		
Local de procedência MAMANGUAPE		Type MUNICIPIO	UF PB	
Email	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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

paciente de contuso no seio do trato
respiratório com história de corte de
peito com o resultado de 1/1
exames.

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA





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	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VICTOR LOPEZ FERREIRA CUNHA	UF PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 02:44:13	Nº Cons. Regional 11045/PB

Anamnese

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

VIAS AÉREAS PERTIVAS. 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 BUZO + 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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Bruno L.B. Gonçalves
CRM: MEDICO
CRM: FFI01016

JOSE VICTOR LOPEZ FERREIRA CUNHA
(CRM: 11045/PB)

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
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
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 000000000
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	UF PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 09:28:16	Nº Cons. Regional 11134/PB

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 DEFÍCIT DE EXTENSÃO, SEM FERIMENTOS NA BACIA, DOR À TENTATIVA DE MANIPULAÇÃO DOS MMII, SEM DEFÍCIT SENSITIVO E/OU MOTOR NOS MMII, RAIOS: ABERTURA DA SINFISE PUBICA, FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO

CD: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA EM HALUX ESQUERDO
 INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BACIA



DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

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 (MGTS) (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 (MGTS)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: LENTO, S/N)

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 (MGTS)

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

TETANOGRAMMA, ADMINISTRAR 10,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

CUIDADOS

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

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)



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
Mãe MARIA MINERVINA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 000000000
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	UF PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 02:21:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 07:01:19	Nº Cons. Regional 4550/PB

Anamnese

- CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, HA APROXIMADAMENTE 6 HORAS.
) MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE.
 XAME FÍSICO: ACUIDADE VIASUAL 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 4550

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA

27 AGO 2018

Gestão Seguradora SIA
Av. Dom Pedro I, 776 SL, 106-João Pessoa/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			
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
DUEIXA-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 , PERCUSÃO DISTAL E PULSOS MANTIDOS

RAIOX: ABERTURA DA SINFISE PUBICA , FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO

CD: JEJUM

SOLICITO RAIOX 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
(CRM-PB 165843/SP)

Albuquerque
Ortopedista
CRM-PB 165843/SP
TEC
Diego Dantas Lins de Albuquerque
CRM-PB 165843/SP





Cruz Vermelha Brasileira

Hospitais Estaduais de Emergência e Trauma
Senador Raimundo 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	Telefone de Contato (83) 000000000
Mãe			
MARIA MINERVINA DA CONCEICAO			Prontuário
Endereço	Bairro CENTRO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente	Motivo MOTO X MOTO	Professional 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

TEMPO: REALIZAÇÃO DE SUTURA EM LÁBIO INFERIOR.

-J: 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)



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 17/05/2018 10:17:11

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	CNS 898000911860985
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 108717
			Plantão DIURNO

Evolução médica (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 17/05/2018 10:14:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#
#4º DIH#

7: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX + DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA COM LESÃO DA SACRO-ILÍACA
-SQUERDA
PACIENTE 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





Cruz Vermelha
Brasileira

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Tumores em DBF sob anestesia
• amigd + antímeras: sono de Vençal
• apneias de colpos vertebrais

Incisão:

- ④ Survive long-term I type Rhamnose-rich
polysaccharides

Achados:

- ⑤ First determine the fuel efficiency.

Conducta:

- Conducta:

 - ⑨ Real neodictyonis auto + fixado interno de
fot. luminoso e auxiliar de alumínio com 1 placa dipôles
4 fusos + 4 parafusos sorteados. bateria
 - ⑩ Lavação com solvente acetona 0,9%

Fechamento:

- ③ Sistemas de fideicomiso operación por plazos autorizados
④ Liquidación del fondo con pago mínimo
⑤ Fideicomiso controlado.

Observação:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 AGO 2019

Médico/CRM:

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 28/05/18



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Givaldo Chaves de Andrade BE/Prontuário: 1081678
 Idade: 47 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 28/05/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Frat. luxação do quadril
 Cirurgião: Dr. Humberto Jauari 1º Assistente: Tiago Lz
 2º Assistente: Dr. Daniel R S 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Neboheire
 Tipo de Anestesia: Raquiavulv Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frat luxação do quadril</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Chirurgia de luxação do quadril</u>	
<u>Frat luxação do quadril</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



NOME DO PACIENTE	Cinaldo Queiroz Andrade						
IDADE	44	PRONTUÁRIO	108.1678	DEPARTAMENTO	LEITO		
CIRURGIA	TTO crural c/ Fratura do Anel Pélvico						
CIRURGIÃO	D.º Romelio J. Guan & D.º Thaynara + D.º Daniel R.						
ANESTESIA	Raque						
ANESTESISTA	D.º Nelson						
INSTRUMENTADOR	Resistência						
DATA	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO	FIM	CIRURGIA	INÍCIO	15:10 16:20	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPIDA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		JELCO Nº18					
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20			FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22			FIOS CAT GUT CROMADO N°		
CETAMINA		JELCO Nº24			FIOS DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°			FIOS DE AÇO N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIOS DE NYLON N°	3.0 F	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°		
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23		FIOS DE NYLON N°		
IMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°	1.0 F	
URANO	PVPI TÓPICO	OK	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA N°		
EVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO N°		
OBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	NN	FIOS POLIPROPILENO N°		
XCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4.5		LUVA ESTERIL N°7.0		FIOS POLIPROPILENO N°		
LIDOCAYNA S/ VASO	AGULHA 25X07	□	LUVA ESTERIL N°7.5		FIOS POLIGLECAPRONE N°		
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	□	LUVA ESTERIL N°8.0		FIOS SEDA N°		
MORFINA	AGULHA 40X12	□	LUVA ESTERIL N°8.5		FITA CARDIACA		
NIMBUDUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	☒	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	□	SCALP N°10		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	□	SCALP N°11		FIOS DE KIRSCHNER N°		
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA SML		FIOS DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA SML		FIOS STEINMAN N°		
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	□	FIOS STEINMAN N°		
TIOPENAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	□	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	□	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA FOLEY 2VIAS N°16		FIXADOR EXTERNO	
ZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		EMPRESA	
JAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA NASOG. CURTA			
KONA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIAIS	
URINA		COLET. URINA FECHADO	□	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS CORTICIAIS	
FL. SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	☒	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPDNJO	
GÍCICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOCATÔNICO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAYNA GELEIA		ELETRODOS	☒	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACRODODAS	□	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICRODODAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	☒	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	□	FIOS ALGODÃO SA N°		ASPIRADOR	
		GAZES	NN	FIOS ALGODÃO SA N°		BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS	☒	FIOS ALGODÃO CA N°		CARDIÓGRAFO	
		DEL ELETROLÍTICO	CK	FIOS ALGODÃO CA N°		CARDIOMONITOR	
		IELCO N°14				DEFIBRILADOR	
		IELCO N°16				FOCO AUXILIAR	
						FOCO CENTRAL	
						MICROSCOPIO	
						TONIMETRO DE PULSO	
						P.A. INTRAVASCULAR INVASIVA	
						PERFURADOR ELÉTRICO	
						SERRA	
						CIRCULANTE	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPNAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

7/01/2018
Gesta Seguradora SIA
Pátria L, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB

Assinado Sua
Conselho (431891)



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
DA UFPB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Ginaldo Guedes de Andrade BE/Prontuário: 1081676

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: / /

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: tto cirurgia de fixação exposta do molar ②

Cirurgião: Dr. Teixeira 1º Assistente: Dr. Martins

2º Assistente: MRI DANTO 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesiista: _____

Tipo de Anestesia: Bloco fracionado Horário: Início : : : Término : : :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fix exposta do molar</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tto cirurgia de fixação de molar</u> ②	
<u>exposta</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA-

27 AGO 2018

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Gente Seguradora SIA.
Av. Dom Pedro I, 716 Bl. 106-João Pessoa/PB

Médico/CRM: _____

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 13/05/18



RELATÓRIO DE CIRURGIA



	Descrição da Cirurgia
Posição e Preparo:	<p>Antibiotecoprotetor Paciente sob anestesia em DPFI Antissepsia + asepsia Agravo da cirurgia</p>
Incisão:	<p>Limpeza mecânica cirurgia de ferimento com papel + hilo.</p>
	<p>Sutura wirhines esteril</p>
Achados:	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	<p>27 AGO 2018</p> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DEVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA</p> <p>Gente Seguradora S/A. Av. Dom Pedro I, 170 - 1000 - João Pessoa/PB</p>

Daniel Conserva Armada
MÉDICO
CRM 11134

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 13/05/18

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Goncalo Oliveira de Melo Machado
IDADE 48 SE M DATA 10/16/78 ENFERMARIA - LEITO -
CIRURGIA CIRURGIA ORTOPEDICA - EXSTIRPAÇÃO DE HALOZ (C)
CIRURGO Dra. Gonçalves
ANESTESIA LOCAL
ANESTESISTA Dra. Tierres Kehrwald
INSTRUMENTADOR MÉDICO
CRM 7179

DATA 10/01/2018 TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA: INÍCIO 08:56 FIM 09:10
INDICE DE RISCO DE MORTE: 1

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) ASA 4 (ASA 5)

GRAD DE CONTAMINAÇÃO : LIMP (CONTAMINADA) / INFECTADA / POTENCIAL

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANILA

BL PIXACAINA ISCR

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	R\$ 500	1	JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	CFO 109500	1	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURINI 11		FIO DE NYLON N°	3,0
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURINI 15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURINI 23		FIO DE NYLON N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURINI 24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP TOPOCO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUTIPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
PIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	1	FIO POLIPROPILENO N°	
AINA C. VASO	AGULHA 13x4,5	1	LUVA ESTERIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA S. VASO	AGULHA 25x07	1	LUVA ESTERIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x08	1	LUVA ESTERIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40x12	1	LUVA ESTERIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°16		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 1ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
AQUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINIA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DITROFANA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
E		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
EROSÉMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ILICONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
IDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
INDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
LASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS	
ROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
ROTAMINA		ESPINHA DE PVP	FIOS	QTD.	I ASPIRADOR	
ENOXICAN		ESPARADRAPO	FOI ALGODÃO S/A N°		I BISTURI ELETRICO	
		GAZES	FOI ALGODÃO S/A N°		I CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	FOI ALGODÃO C/A N°		I CARDIONITOR	
		GEL ELETROLITICO	FOI ALGODÃO C/A N°		I DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14			I FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16			I FOCO CENTRAL	
					I MICROSCOPIO	
					I OXIMETRO DE PULSO	27 AG 2013
					I P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
					I PERFURADOR ELETTRICO	
					I SERRA	
					CIRCULANTE	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

CONTROLE

ASIVA

10

Entile Segundora S/A
Av. L 776 S/N, 06-João P-

06-João Almeida/PD

Digitized by Sihv Index
Digitized by Sihv Index

PINGUSSCI R 07-5



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: OSTEOSSÍTESE DE DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA COM PLACA DCP 5 FUROS E 5 PARAPUFOS CORTICais. CIRURGÃO: DR UMBERTO JANSEN.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO MOTOxMOTO, TENDO SIDO DIAGNOSTICADO COM DISJUNÇÃO DE SINFISE PÚBLICA (CIRÚRGICO) E FRATURA DE HALUX (CONSERVADOR), EVOLUINDO BEM NO PÓS-OP.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: 1- OSTEOSSÍTESE DE SINFISE PUBICA.			
Diagnóstico: S33.4 - Ruptura traumática da sínfise pública			
Recomendações: NÃO DEAMBULAR ATÉ LIBERALÇAO NO AMBULATORIO.			

Data: 30/05/2018

Francinélio Freitas
CRM PB 9603
MS 103444579057800

FRANCINÉLIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603



PatientID: 000000063403
Name: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

Sex: Masculino
BirthDate: 03.06.1970
Age: 48a.

StudyDate: 10.07.2018

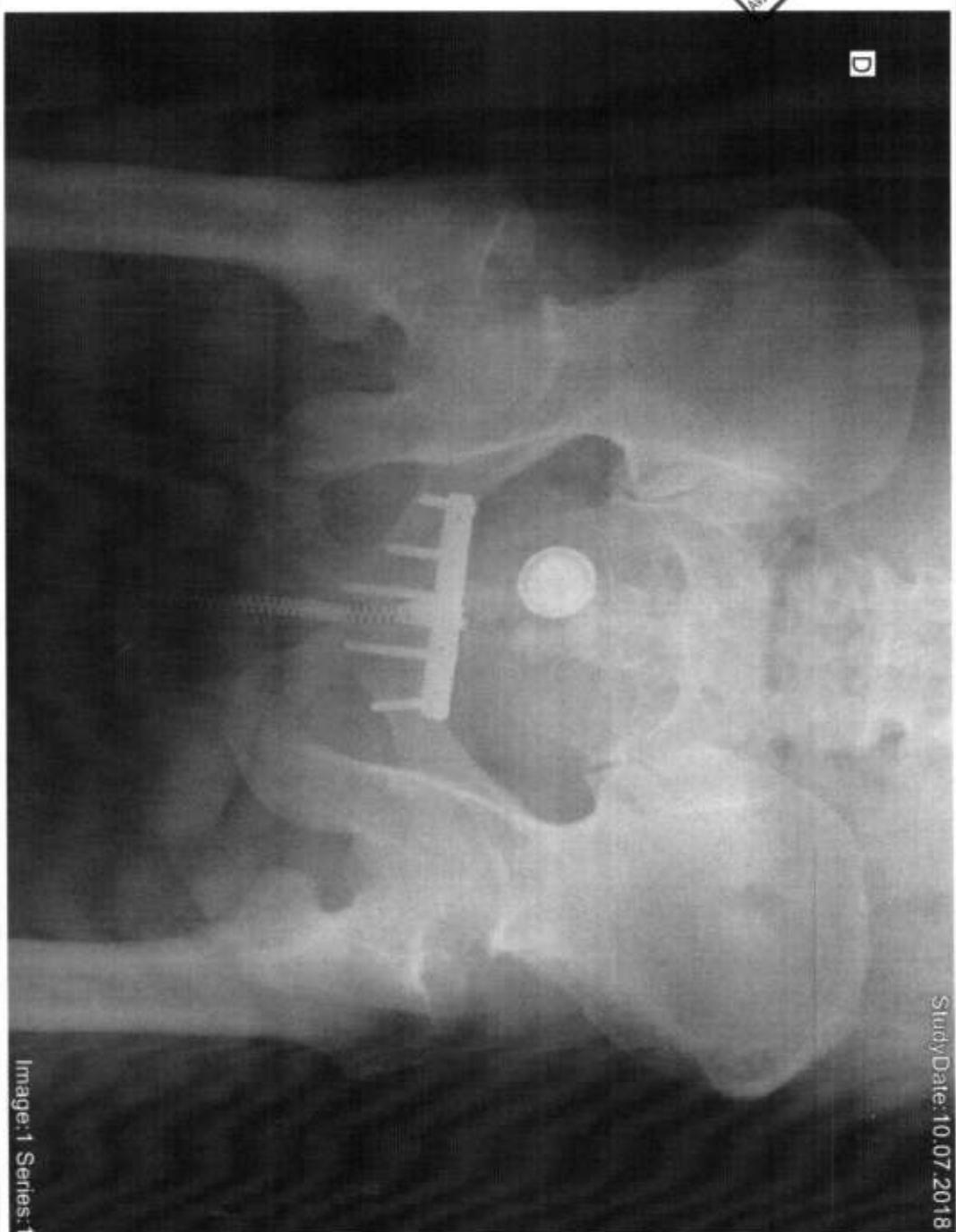
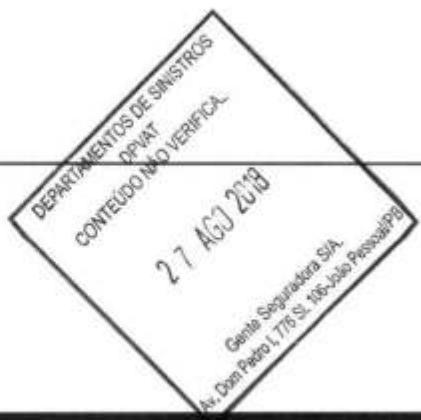


Image:1 Series:1



Receituário Médico



GIUNIZOO GUEIROZ PE ANDRADE

MUDO.

PITOCHE VÍTIMA DE ACIDENTE
EM MOTO (1º FZ EXPLOSÃO DE MÍNUX
ESCOLAR) + DISSECÇÃO SÍAFISE PÚBLICA
TENTOU CIRURGICAMENTE, COM FIOS
+ LINHAS EM PG + PLACA + PM2400
EM BACIA .

CID: 0033
592

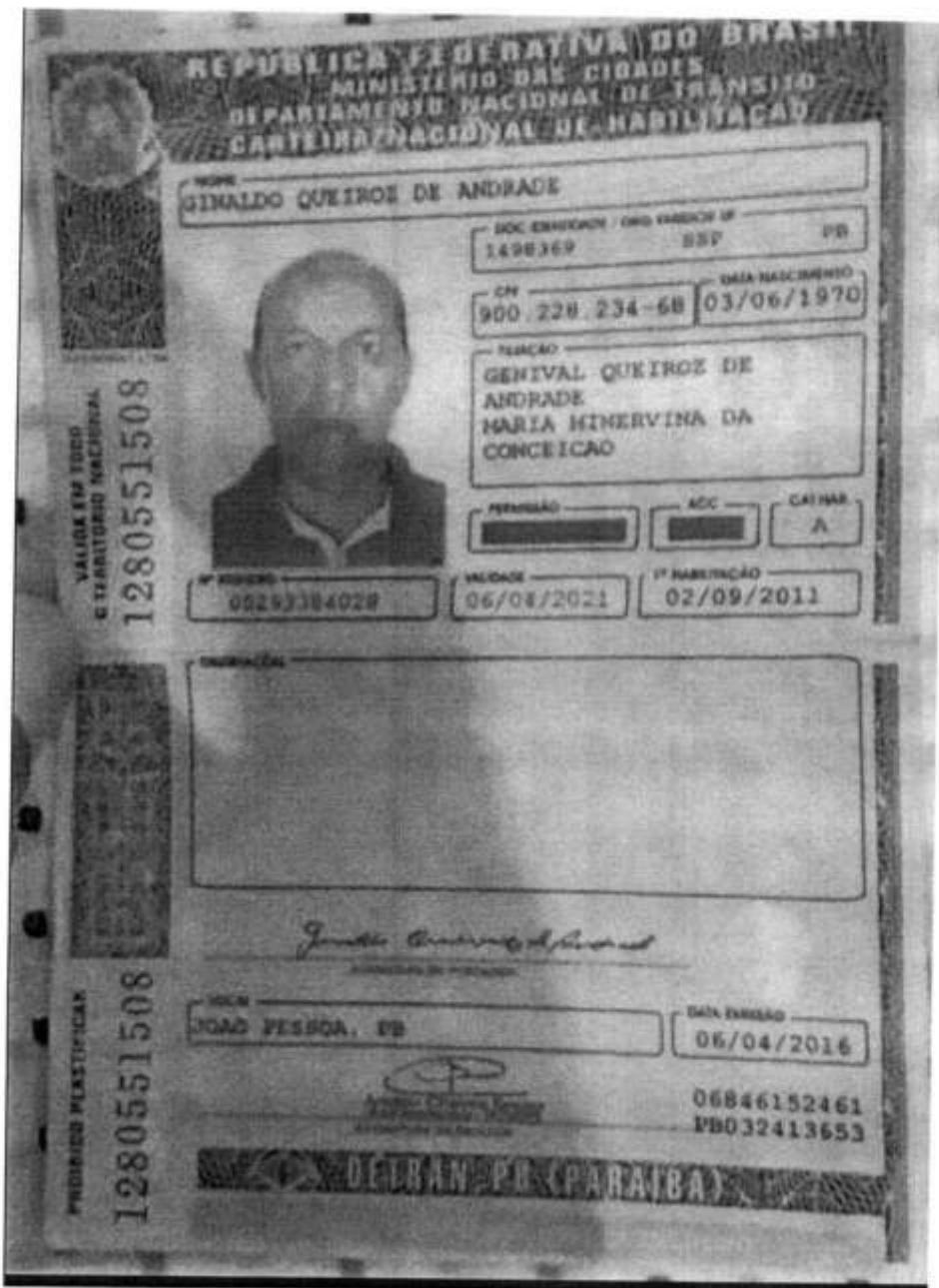
Data: 25/09/18



Dr. UMBERTO TELES
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 1333

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
27 AGO 2018

Gesta Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 775 S, 10º Andar Petrópolis



SEGURADORA LÍDER DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	NR. 013748258614	SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARONA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
DATA: 01/09/2017	Nº: 0105252785-7	PERÍODO: 00/00000000 / 2017	PB NR. 013748258614 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE		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	
90022623468	PLACA: QEG3096/PB	VEÍCULO: NOVO	PERÍODO: 2017 / 21/09/2017
HONDA/NXR150 BROS ESDD	COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL	ANO FAB.: 2015	ANO MOD.: 2015
CAP. PATRÍCIA Z. P/162 /C1	CATEGORIA: PARTIC	COR PREDOMINANTE: VERMELHA	
I PREMIOS UNICA	VEND. COTA UNICA	VEND. COTAS	
P 00,00/0000	1*		
V 00000000	2*		
A 0	3*		
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO:	
PREMIO TOTAL: R\$ 01/09/2017	DATA DE PAGAMENTO:	DEPARTAMENTO: SEGURO	PAGO
A.P. ADM DE CONC. NACION HONDA LTDA		DATA DE CRITICAÇÃO:	
0		01/09/2017	
MAHANQUA/PF - 14316		13684-1411246-20170921	
<i>José L.</i>		CNPJ 09.346.408/0001-04	



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

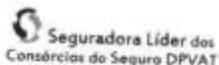
Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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 PÚBICA.
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.

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2018.

2º Cartório
Mamanguape-PB

27 AGO 2018



27 AGO 2018

GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

CPF nº 900.228.234-68

OUTORGANTE

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro , Mamanguape - PB

2º OFÍCIO
MAMANGUAPE-PB

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.tjpj.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



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2018

Titular do CPF: GINALDO QUEIROZ DE ANDRADE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

ALINE GOMES DE BRITO