

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOELIO DE LIMA ALVES

Nº Sinistro: 3180358208

Vitima: JOELIO DE LIMA ALVES

Data do Acidente: 08/04/2018

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 3180358208**.

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 13191375



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOELIO DE LIMA ALVES
Nº Sinistro: 3180358208
Vitima: JOELIO DE LIMA ALVES
Data do Acidente: 08/04/2018
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 3180358208**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML 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

Carta nº 13194556



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOELIO DE LIMA ALVES**

Sinistro: **3180358208**
Vítima: **JOELIO DE LIMA ALVES**
Data do Acidente: **08/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180358208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190002022

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELIO DE LIMA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190002022

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOELIO DE LIMA ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190002022

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	076.075.694-56	Joelio de Lima ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Joelio de Lima ALVES	076.075.694-56	autônomo
Endereço	Número	Complemento
Sítio Cha da Boa Esperança	51 N	
Bairro	Cidade	CEP
Centro	Cuité	58 208-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PB	(83) 99677-0052

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: Bradesco NRO:	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
		2007 9	0010481 7

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

João Pessoa, 03 de agosto de 2018
Local e Data



Joelio de Lima ALVES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Joelio de Lima ALVES
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Joelio de Lima Alves		CPF titular da conta 076.075.694-56	Profissão autônomo
Endereço Sítio Cha da Boa Esperança		Número 511	Complemento
Bairro Cruzeiro	Cidade Cruzeiro	Estado PB	CEP 58.208-000
Email			Telefone (DDD) (83) 99677-0052

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

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.

Joelio de Lima Alves de 03 de agosto de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 24/07/2018

HORA: 13:53 H

FAVORECIDO: JOELIO DE LIMA ALVES

AGENCIA: 2007-9 CONTA: 0010481-7

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:2007 N.SEQ:00501 TERM:106 AUT:094

VALOR EM DINHEIRO:

150,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Joelio de Lima Alves CPF: 076.075.694-56
Profissão: autônomo Endereço: Sítio Eha da Boa Esperança Número: S/N Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 58208-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 99677-0052

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2007 9 CONTA: 001048 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 07 de fevereiro 2019
Nome: Joelio de Lima Alves
CPF: 076.075.694-56

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190002022
Nome do(a) Examinado(a): Joelio de Lima Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cha de Boa Esperança, S/N
Zona Rural Cuitegi PB CEP: 58208-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2887802
Data local do acidente: [08/04/2018]
Data local do exame: [25/02/2019] João Pessoa [PB]

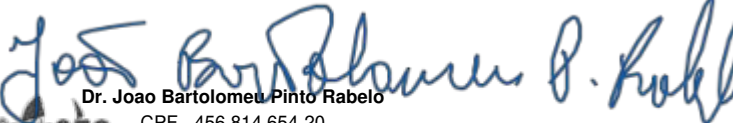
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO E DA TÍBIA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 16/11/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA COXA E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

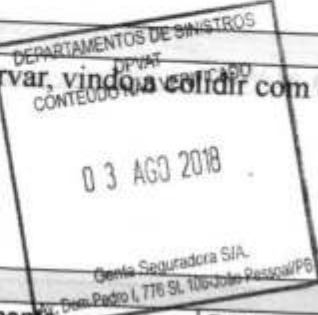
Nº BOAT 33/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: SOUZA	Posto/Graduação: 3º SARGENTO
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: CHÂ DO BODEIRO ESTRADA DE BARRO	Hora 17:40	Bairro ZONA RURAL
Data/Ocorrência 08/04/2018	Dia da Semana DOMINGO	C/S Vítima (QT) SIM 01
Natureza do Acidente COLISÃO	Tipo de pavimento TERRA	Condições/Via SECA
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CAMINHONETE 01 MOTOCICLETA	Controle do tráfego no local SEM CONTROLE	Tempo BOM

Nome JOSÉ SIQUEIRA PRADO		Sexo MASCULINO	Nascimento 10/12/1967	RG 4261932
Endereço FAZENDA CAJAZEIRAS S/N, ZONA RURAL DE GUARABIRA - PB				
1ª Habilitação 03/11/1989	Categoria AB	Registro CNH N.º 00990852703	U.F. PB	Ex.méd./Dia SIM
Data Vencimento 29/01/2019	Usava cinto	Usava Capacete	Destino do Condutor PERMANECER NO LOCAL	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO				

Marca GM S10		Espécie CAMINHONETE	Placa NZD 7674	Categoria PARTICULAR	Município GUARABIRA	U.F. PB
Nome do Proprietário JOSÉ SIQUEIRA PRADO						
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013028127724	Renavan N.º 166689007472	Data da Emissão 07/04/2017			
Defeitos						

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: O condutor da motocicleta entrou na via sem observar, vindo a colidir com o mesmo.



CONDUTOR 02

Nome JOÉLIO DE LIMA ALVES		Sexo MASCULINO	Nascimento 08/11/1985	RG 2887802
Endereço CHÂ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUITEGI - PB				
1ª Habilitação 13/05/2008	Categoria AB	Registro CNH N.º 04359517334	U.F. PB	Ex.méd./Dia SIM
Data Vencimento 12/03/2023	Usava cinto	Usava Capacete SIM	Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO				

VEÍCULO 02

Marca XRE 300	Espécie PAS/MOTOCICLETA	Placa NPU 4774	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U.F. PB
Nome do Proprietário JOÃO MARTINS					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013152866835	Renavan N.º 31553125-8	Data da Emissão 11/05/2017		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Condutor impossibilitado de relatar os fatos, devido ferimentos sofridos.



VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que: Ouviu o barulho da colisão, quando virou e viu a vítima ao solo, e a motocicleta em baixo da caminhonete.

TESTEMUNHA 02

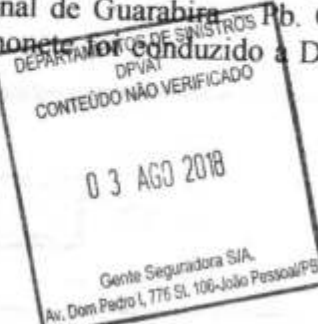
Nome ROBERTO SILVA DE ANDRADE		Sexo MASCULINO	Nascimento 18/02/1970
Endereço RUA SANTA TEREZINHA Nº 115, GUARABIRA - PB			
CPF XXXXXXXXXXXXXX	Identidade XXXXXXXXXXXXXX	Órgão Emissor XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	U. F. XXX

VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

Disse que: Antes do acidente, a caminhonete havia passado por ele em alta velocidade.

CONSTATADO

Chegando no local do acidente foi constatado que houve uma colisão envolvendo uma caminhonete e uma motocicleta na estrada de barro da localidade: Chã dos Bodeiros, zona Rural de Cuitegi - Pb. O condutor da motocicleta, foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira - Pb. Os veículos foram liberados por estarem devidamente licenciados. O condutor da caminhonete, foi conduzido a Delegacia de Polícia de Guarabira - Pb.



Guarabira - PB, 15/05/2018

3º Sgt. SOUZA Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 33/2018

FOTOS



3º SGT. SOUZA PM 03 AGO 2018
Responsável pelo Levantamento

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 252/2018

Aos PRIMEIRO dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **ELIANE MEDEIROS DE SANTANA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:36min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO, conhecido(a) por JOELIO, Identidade nº 2.887.802-SSP/PB, CPF nº 076.075.694-56, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, filho(a) de Severino Alves e Noemia Pereira de Lima, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (32 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cham do Bordeiro, s/n, Zona Rural de Cuitegi/PB, tendo como ponto de referência: Restaurante de Leila, na cidade de Cuitegi/PB, fone(s) para contato: (83) 99677-0052 (TIM).

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 8 de abril de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 17h:40min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Cham do Bordeiro, s/n, Zona Rural de Cuitegi/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Guarabira/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, ANO/MODELO 2011, COR AMARELA, PLACA NPU 4774, CHASSI 9C2ND0910BR200102, RENAVAL 0031553125-8, licenciada em nome de JOELIO DE LIMA ALVES;

02 - VEÍCULO CAMINHONETE GM/S10 EXECUTIVE D, ANO/MODELO 2011, COR BRANCA, PLACA NZD 7674, CHASSI 9BG138SJ0BC476026, RENAVAL 00346412609, licenciado em nome de LUCINEIA FIRMINO BEZERRA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:


01 - JANDUÍ ALVES (CPF nº 020.974.904-60), residente a Praça João Pessoa, nº 190, Centro, João Pessoa/PB;

02 - ROBERTO SILVA DE ANDRADE (CPF NÃO INFORMADO), residente a Rua Santa Terezinha, nº 115, Guarabira/PB.

8) Breve resumo do fato:

QUE o condutor do veículo 01 "guiava" sua motocicleta do lado direito da pista, quando ao virar a motocicleta a direita para entrar em uma curva colidiu, de forma frontal, com o veículo 02; QUE o condutor do veículo 02 não estava respeitando as normas de trânsito, pois estava do lado errado da pista; QUE ele conduzia o veículo do lado esquerdo da pista e tentou entrar a esquerda em uma curva; QUE em consequência do ocorrido o noticiante sofreu uma fratura no fêmur e de tibia da perna esquerda; QUE foi socorrido diretamente para o Hospital de Trauma da cidade de João Pessoa.

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


JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO
Comunicante

Escrevã(o)/Agente/Matrícula nº 168.591-1





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 33/2018

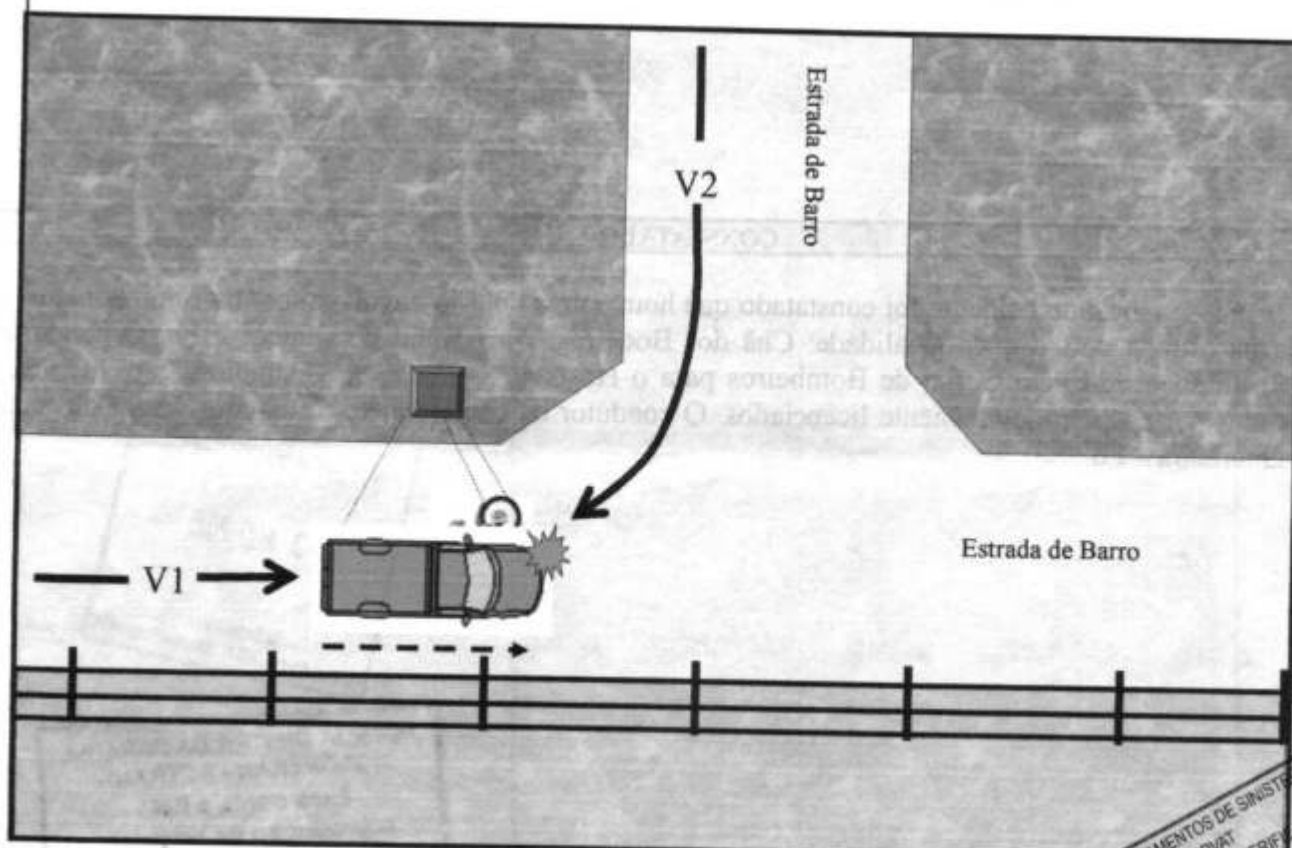
AMARRAÇÕES

VIA "A" Estrada de Barro Chã do Bodeiro.

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 5,60 e Traseiro Esquerdo 2,80 00,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro 4,80 e Traseiro não foi possível por está embaixo da caminhonete.



3º SGT. SOUZA PM
Responsável pelo Levantamento

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS

V2



V1



POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN

Esta cópia é fiel
reprodução da original

Em 16/05/2018

Assinatura - Met

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPTRAN
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro II, 776 SL. 108-João Pessoa/PB

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 33/2018

CONDUTOR 03

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Exame de Embriaguez Alcoólica		Ex.méd./Dia	Data Vencimento
Destino do Condutor		Usava cinto	Usava Capacete
Marca			
Espécie	Placa	Categoria	Município
Nome do Proprietário			U.F.
Seguradora	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão
Defeitos			

VERSÃO DO CONDUTOR 03



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 33/2018

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
JOÉLIO DE LIMA ALVES	MASCULINO	08/11/1985
Endereço		
CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUTEGI - PB		

Ferimentos	Viajava no Veículo N.º 02	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	
CONDUTOR	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo N.º	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	

VÍTIMA 03

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo N.º	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	

TESTEMUNHA 01

Nome	Sexo	Nascimento
JANDUÍ ALVES	MASCULINO	
Endereço		
PRAÇA JOÃO PESSOA Nº 190, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB		
CPF	Identidade	Órgão Emissor
050.974.904-60		U. F.



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

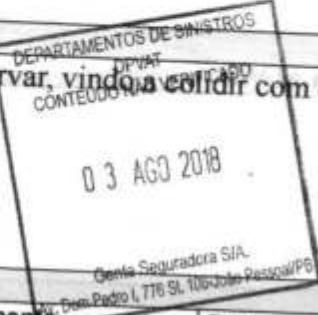
Nº BOAT 33/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: SOUZA	Posto/Graduação: 3º SARGENTO
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: CHÃ DO BODEIRO ESTRADA DE BARRO	Hora 17:40	Bairro ZONA RURAL
Data/Ocorrência 08/04/2018	Dia da Semana DOMINGO	C/S Vítima (QT) SIM 01
Natureza do Acidente COLISÃO	Tipo de pavimento TERRA	Condições/Via SECA
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CAMINHONETE 01 MOTOCICLETA	Controle do tráfego no local SEM CONTROLE	Tempo BOM

Nome JOSÉ SIQUEIRA PRADO		Sexo MASCULINO	Nascimento 10/12/1967	RG 4261932
Endereço FAZENDA CAJAZEIRAS S/N, ZONA RURAL DE GUARABIRA - PB				
1ª Habilitação 03/11/1989	Categoria AB	Registro CNH N.º 00990852703	U.F. PB	Ex.méd./Dia SIM
Data Vencimento 29/01/2019	Usava cinto	Usava Capacete	Destino do Condutor PERMANECER NO LOCAL	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO				

Marca GM S10		Espécie CAMINHONETE	Placa NZD 7674	Categoria PARTICULAR	Município GUARABIRA	U.F. PB
Nome do Proprietário JOSÉ SIQUEIRA PRADO						
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013028127724	Renavan N.º 166689007472	Data da Emissão 07/04/2017			
Defeitos						

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: O condutor da motocicleta entrou na via sem observar, vindo a colidir com o mesmo.



CONDUTOR 02

Nome JOÉLIO DE LIMA ALVES		Sexo MASCULINO	Nascimento 08/11/1985	RG 2887802
Endereço CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUITEGI - PB				
1ª Habilitação 13/05/2008	Categoria AB	Registro CNH N.º 04359517334	U.F. PB	Ex.méd./Dia SIM
Data Vencimento 12/03/2023	Usava cinto	Usava Capacete SIM	Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO				

VEÍCULO 02

Marca XRE 300	Espécie PAS/MOTOCICLETA	Placa NPU 4774	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U.F. PB
Nome do Proprietário JOÃO MARTINS					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013152866835	Renavan N.º 31553125-8	Data da Emissão 11/05/2017		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Condutor impossibilitado de relatar os fatos, devido ferimentos sofridos.



VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que: Ouviu o barulho da colisão, quando virou e viu a vítima ao solo, e a motocicleta em baixo da caminhonete.

TESTEMUNHA 02

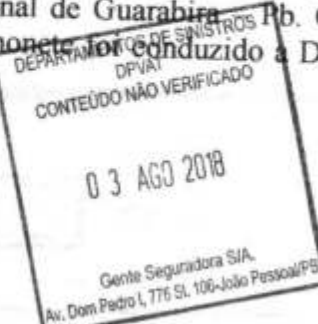
Nome ROBERTO SILVA DE ANDRADE		Sexo MASCULINO	Nascimento 18/02/1970
Endereço RUA SANTA TEREZINHA Nº 115, GUARABIRA - PB			
CPF XXXXXXXXXXXXXX	Identidade XXXXXXXXXXXXXX	Órgão Emissor XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	U. F. XXX

VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

Disse que: Antes do acidente, a caminhonete havia passado por ele em alta velocidade.

CONSTATADO

Chegando no local do acidente foi constatado que houve uma colisão envolvendo uma caminhonete e uma motocicleta na estrada de barro da localidade: Chã dos Bodeiros, zona Rural de Cuitegi - Pb. O condutor da motocicleta, foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira - Pb. Os veículos foram liberados por estarem devidamente licenciados. O condutor da caminhonete, foi conduzido a Delegacia de Polícia de Guarabira - Pb.



Guarabira - PB, 15/05/2018

3º Sgt. SOUZA Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 33/2018

FOTOS



3º SGT. SOUZA PM 03 AGO 2018
Responsável pelo Levantamento

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 252/2018

Aos PRIMEIRO dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **ELIANE MEDEIROS DE SANTANA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:36min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO, conhecido(a) por JOELIO, Identidade nº 2.887.802-SSP/PB, CPF nº 076.075.694-56, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, filho(a) de Severino Alves e Noemia Pereira de Lima, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (32 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cham do Bordeiro, s/n, Zona Rural de Cuitegi/PB, tendo como ponto de referência: Restaurante de Leila, na cidade de Cuitegi/PB, fone(s) para contato: (83) 99677-0052 (TIM).

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 8 de abril de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 17h:40min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Cham do Bordeiro, s/n, Zona Rural de Cuitegi/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Guarabira/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, ANO/MODELO 2011, COR AMARELA, PLACA NPU 4774, CHASSI 9C2ND0910BR200102, RENAVAL 0031553125-8, licenciada em nome de JOELIO DE LIMA ALVES;

02 - VEÍCULO CAMINHONETE GM/S10 EXECUTIVE D, ANO/MODELO 2011, COR BRANCA, PLACA NZD 7674, CHASSI 9BG138SJ0BC476026, RENAVAL 00346412609, licenciado em nome de LUCINEIA FIRMINO BEZERRA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:


01 - JANDUÍ ALVES (CPF nº 020.974.904-60), residente a Praça João Pessoa, nº 190, Centro, João Pessoa/PB;

02 - ROBERTO SILVA DE ANDRADE (CPF NÃO INFORMADO), residente a Rua Santa Terezinha, nº 115, Guarabira/PB.

8) Breve resumo do fato:

QUE o condutor do veículo 01 "guiava" sua motocicleta do lado direito da pista, quando ao virar a motocicleta a direita para entrar em uma curva colidiu, de forma frontal, com o veículo 02; QUE o condutor do veículo 02 não estava respeitando as normas de trânsito, pois estava do lado errado da pista; QUE ele conduzia o veículo do lado esquerdo da pista e tentou entrar a esquerda em uma curva; QUE em consequência do ocorrido o noticiante sofreu uma fratura no fêmur e de tibia da perna esquerda; QUE foi socorrido diretamente para o Hospital de Trauma da cidade de João Pessoa.

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


JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO
Comunicante

Escrevã(o)/Agente/Matrícula nº 168.591-1





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 33/2018

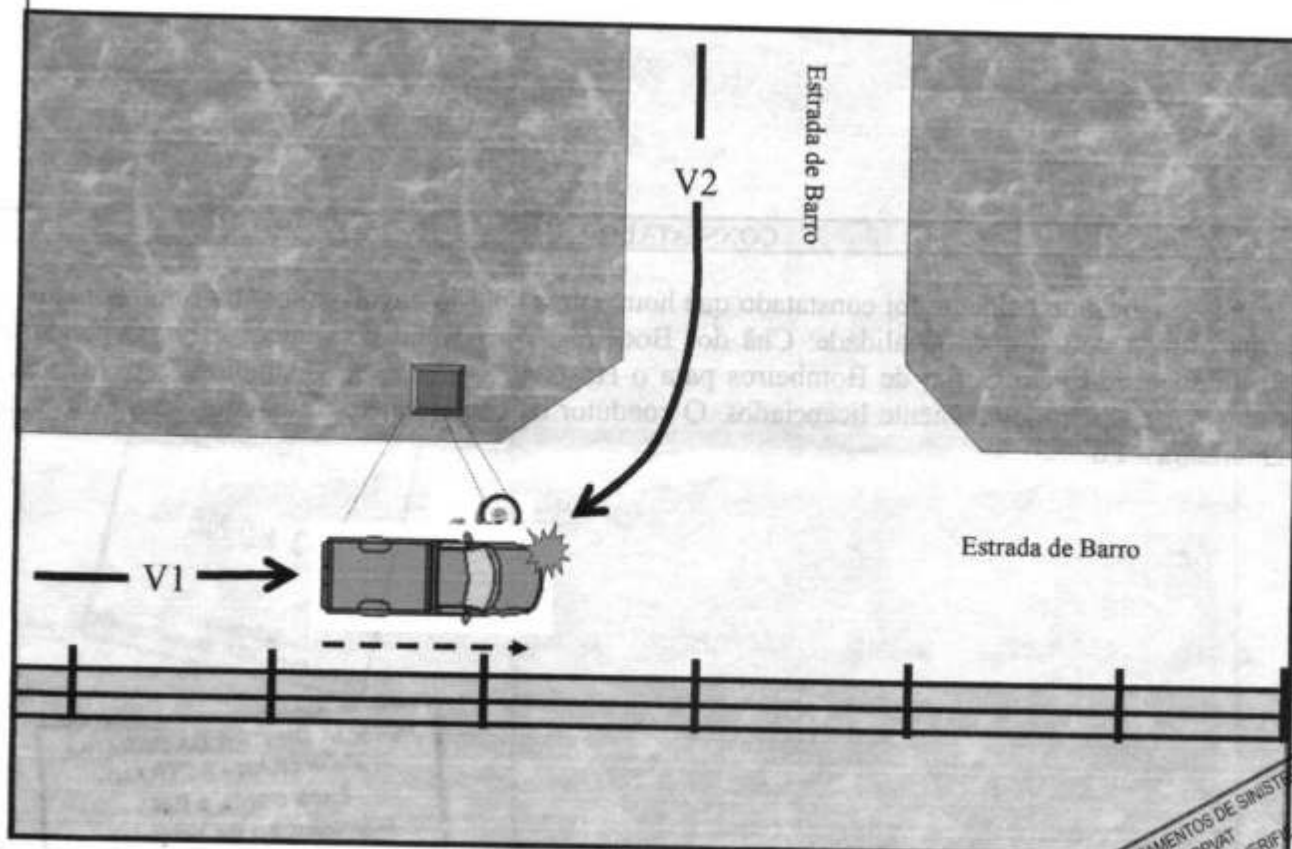
AMARRAÇÕES

VIA "A" Estrada de Barro Chã do Bodeiro.

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 5,60 e Traseiro Esquerdo 2,80 00,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro 4,80 e Traseiro não foi possível por está embaixo da caminhonete.



3º SGT. SOUZA PM
Responsável pelo Levantamento

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS

V2



V1



POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN

Esta cópia é fiel
reprodução da original

Em 16/05/2018

Assinatura - Met

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro II, 776 SL. 108-João Pessoa/PB

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 33/2018

CONDUTOR 03

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Exame de Embriaguez Alcoólica		Ex.méd./Dia	Data Vencimento
Destino do Condutor		Usava cinto	Usava Capacete
Marca			
Espécie	Placa	Categoria	Município
Nome do Proprietário			U.F.
Seguradora	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão
Defeitos			

VERSÃO DO CONDUTOR 03



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 33/2018

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
JOÉLIO DE LIMA ALVES	MASCULINO	08/11/1985
Endereço		
CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUTEGI - PB		

Ferimentos	Viajava no Veículo N.º 02	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	
CONDUTOR	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo N.º	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	

VÍTIMA 03

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo N.º	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	

TESTEMUNHA 01

Nome	Sexo	Nascimento
JANDUÍ ALVES	MASCULINO	
Endereço		
PRAÇA JOÃO PESSOA Nº 190, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB		
CPF	Identidade	Órgão Emissor
050.974.904-60		U. F.

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 <i>João de Lima Alves</i>	CPF da Vítima <i>076.075.694-56</i>	Data do Acidente
--	--	------------------

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.

João Pessoa, *03* de *agosto* de *2018*
Local e Data



João de Lima Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

Casos com vítima interdita 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 <i>Yaelio de Lima Alves</i>	CPF da Vítima <i>076.075.694-56</i>	Data do Acidente <i>08/04/2018</i>
--	--	---------------------------------------

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.

João Pessoa, *03* de *agosto* de *2018*
Local e Data



Yaelio de Lima Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

Casos com vítima interdita 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

Yaelio de Lima Alves

CPF da Vítima

076.075.694-56

Data do Acidente

08/04/2018

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.

João Pessoa, 03 de agosto de 2018
Local e Data



Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

João de Lima Alves

CPF da Vítima

076.075.694-56

Data do Acidente

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.

João Pessoa, 03 de agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - CNES: 454551 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)	Prontuário 108116
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887802	Fone Fixo
Local de procedência CUITEGI	Nº Cns	UF PB
mail	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB
Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Meio de transporte
AMU

Sinais Vitais

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

Razo X [] Sangue []

Dados clínicos

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

6 3 AGO 2018

Cente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 775 SL 1005/1006 Pousa AlegreAtendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Documento de Alta

Nome: ALEJIO DE LIMA ALVES			Número Prontuário: 108116
Data de nascimento: 11/11/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 09/04/2018 06:10:37	Data de Alta: 22/04/2018 14:18:42
Motivo da alta: - T4 HOSPITALAR			
Conduta: Tratamento cirúrgico de fraturas do fêmur e tibia esquerdas tratamento conservador da clavícula			
Resumo da Internação: - Fratura exposta de tibia esquerda fx diáfisária de fêmur esquerdo fx clavícula esq.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: Tratamento cirúrgico de fraturas do fêmur e tibia esquerdas tratamento conservador da clavícula Dr. Arão /Dr. thales DIA 19/04/18			
Diagnóstico: - Fratura do fêmur, parte não especificada			
Recomendações: USO DE HEPARINA POR 28 DIAS E CIPROFLOXACINO POR 14 DIAS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HTOP			

Data: 22/04/2018

GLAUBER MELO NOVAIS

MIRANDA

CRM 9220 - PB

Glauber Melo Novais Miranda





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - CNES: 454551 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)	Prontuário 108116
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887802	Fone Fixo
Local de procedência CUITEGI	Nº Cns	UF PB
mail	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB
Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Meio de transporte
AMU

Sinais Vitais

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

Razo X [] Sangue []

Dados clínicos

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

6 3 AGO 2018

Cente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 775 SL 1005/1006 ParaíbaAtendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Documento de Alta

Nome: ALEJIO DE LIMA ALVES			Número Prontuário: 108116
Data de Nascimento: 11/11/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 09/04/2018 06:10:37	Data de Alta: 22/04/2018 14:18:42
Motivo da alta: - T4 HOSPITALAR			
Conduta: Tratamento cirúrgico de fraturas do fêmur e tibia esquerdas tratamento conservador da clavícula			
Resumo da Internação: - Fratura exposta de tibia esquerda fx diáfisária de fêmur esquerdo fx clavícula esq.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: Tratamento cirúrgico de fraturas do fêmur e tibia esquerdas tratamento conservador da clavícula Dr. Arão /Dr. thales DIA 19/04/18			
Diagnóstico: - Fratura do fêmur, parte não especificada			
Recomendações: USO DE HEPARINA POR 28 DIAS E CIPROFLOXACINO POR 14 DIAS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HTOP			

Data: 22/04/2018

GLAUBER MELO NOVAIS

MIRANDA

CRM 9220 - PB

Médico

PB 9220



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELIO DE LIMA ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000010481-7

Nr. Autenticação

BRDESCO0103201905000000000023702007000000010481236250 PAGO



TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa 12000-000
Sumaré/SP - São Paulo - SP
CNPJ: 04.206.010-0005/99 - I.E.: 15.144.840-6
CNPJ de Matriz: 04.206.010-0000/00

JOELIO DE LIMA ALVES
SITIO CHÃ DA BOA ESPERANÇA, 00, CASA
ZONA RURAL
58208-000 CUITÉ/ PB

CELULAR 166938068

CPF/Nº (P) 07507569456

ACESSO: 83998446540

R\$ 59,99

VENCIMENTO

07/07/2018

EMIÇÃO: 14/06/2018

POSTAGEM: 25/06/2018

FATURA: 3475385189

DEBITO AUTOMÁTICO: 00000000166938068015

IMPORTANTE PARA JOELIO

RESUMO DA SUA CONTA DE TELEFONIA 13/JUN

SEMPRE

TIM Controle B Plus

VALOR

R\$ 59,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA
MENSALIDADES

Verifique se sua planilha contém:

TIM Controle B Plus: 83998446540 (088/PÓS/

584P)

TIM Banca Virtual

TIM Movel

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

59,99

Incluído

Incluído

59,99

Total da Mensalidade

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dum Faria L. 775 St. 106-João Pessoa/PB



Para sua comodidade, realize a sua conta em débito automático em sua banca, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, consulte o canal de atendimento TIM.

NOME DO DEBITANTE

JOELIO DE LIMA ALVES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000000166938068015

MÊS DE REFERÊNCIA

JUN/2018

DATA DE EMISSÃO

14/06/2018

DATA DE VENCIMENTO

07/07/2018

VALOR

R\$ 59,99

VIA BANCO

DEBITO AUTOMÁTICO

DEBITO AUTOMÁTICO

DEBITO AUTOMÁTICO

DEBITO AUTOMÁTICO

IDENTIFICAÇÃO DE MENSALIDADE



BENEFICIÁRIO: Nu Pagamentos S.A.

Nome do Beneficiário	CNPJ/CPF	Data de Vencimento	Valor Cobrado
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	10/08/2018	935,19
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número	Autenticação Mecânica	
3381/0000633-5	26/00000052784-8		

Bradesco | 237-2 | 23793.38128 60000.005276 84000.063309 1 76120000093519

Local de Pagamento						Vencimento	
Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso						10/08/2018	
Beneficiário				CNPJ/CPF		Agência / Código do Beneficiário	
Nu Pagamentos S.A.				18236120000158		3381/0000633-5	
Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Acete	Data de Processamento	Nosso Número / Cod. do Documento		
03/08/2018	52784	DM	N	03/08/2018	26/00000052784-8		
Valor de Bônus	Carteira	Especie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(*) Valor do Documento		
	26	R\$			935,19		
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		
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					(*) Mora / Multa		
					0,00		
					(*) Outros Acréscimos		
					0,00		
					(*) Valor Cobrado		
					935,19		
Pagador						Código de Baixa	
Altamiro Correia de Moraes Neto						01200783417	
Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa							
58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB							

Código de Baixa
Autenticação Mecânica





TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa 12000-000
Sumaré/SP - São Paulo - SP
CNPJ: 04.206.010-0005/99 - I.E.: 15.144.840-6
CNPJ de Matriz: 04.206.010-0000/00

JOELIO DE LIMA ALVES
SITIO CHÃ DA BOA ESPERANÇA, 00, CASA
ZONA RURAL
58208-000 CUITÉ/ PB

CELULAR 166938068

CPF/Nº (P) 07507569456

ACESSO: 83998446540

R\$ 59,99

VENCIMENTO

07/07/2018

EMIÇÃO: 14/06/2018

POSTAGEM: 25/06/2018

FATURA: 3475385189

DEBITO AUTOMÁTICO: 00000000166938068015

IMPORTANTE PARA JOELIO

RESUMO DA SUA CONTA DE TELEFONIA 13/JUN

SEMPRE

TIM Controle B Plus

VALOR

R\$ 59,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA
MENSALIDADES

Verifique se sua planilha contém:

TIM Controle B Plus: 83998446540 (088/PÓS/

584P)

TIM Banca Virtual

TIM Movel

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

59,99

Incluído

Incluído

59,99

Total da Mensalidade

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dum Faria L. 775 St. 106-João Pessoa/PB



Para sua comodidade, realize a sua conta em débito automático em sua banca, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, consulte o canal de atendimento TIM.

NOME DO DEBITANTE

JOELIO DE LIMA ALVES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000000166938068015

MÊS DE REFERÊNCIA

JUN/2018

DATA DE EMISSÃO

14/06/2018

DATA DE VENCIMENTO

07/07/2018

VALOR

R\$ 59,99

VIA BANCO

DEBITO AUTOMÁTICO

DEBITO AUTOMÁTICO

DEBITO AUTOMÁTICO

DEBITO AUTOMÁTICO

IDENTIFICAÇÃO DE MENSALIDADE



BENEFICIÁRIO: Nu Pagamentos S.A.

Nome do Beneficiário	CNPJ/CPF	Data de Vencimento	Valor Cobrado
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	10/08/2018	935,19
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número	Autenticação Mecânica	
3381/0000633-5	26/00000052784-8		

Bradesco | 237-2 | 23793.38128 60000.005276 84000.063309 1 76120000093519

Local de Pagamento					Vencimento	
Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					10/08/2018	
Beneficiário			CNPJ/CPF		Agência / Código do Beneficiário	
Nu Pagamentos S.A.			18236120000158		3381/0000633-5	
Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Acete	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento	
03/08/2018	52784	DM	N	03/08/2018	26/00000052784-8	
Valor de Bônus	Carteira	Especie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(*) Valor do Documento	
	26	R\$			935,19	
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	
Beneficiário Nu Pagamentos S.A.					(*) Mora / Multa	
					0,00	
					(*) Outros Acréscimos	
					0,00	
					(*) Valor Cobrado	
					935,19	
Pagador	Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB				01200783417	

Código de Baixa

Autenticação Mecânica



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Altamiro Correia de Moraes Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 012 007 834 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João de Lima Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 694 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vitima _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar


Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Gov. José Gomes de Silva</u>		Número <u>920</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Tamborizinho</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.042-200</u>
Email <u>altamiromoraeadvogado@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-98723-4062</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-9 8808-6505</u>

João Pessoa, 03 de agosto de 2018.

Local e Data


Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Altamiro Correia de Moraes Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 012 007 834 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João de Lima Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 694 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima João de Lima Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 694 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar


Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Gov. José Gomes de Silva</u>		Número <u>920</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Tamborizinho</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58-042-200</u>
Email <u>altamiromoraesadvogado@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-98723-4062</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-9 8808-6505</u>	

João Pessoa, 03 de agosto de 2018.

Local e Data


Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Altamirio Correia de Moraes Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 012 007 834 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joelio de Lima Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 694 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Joelio de Lima Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 694 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

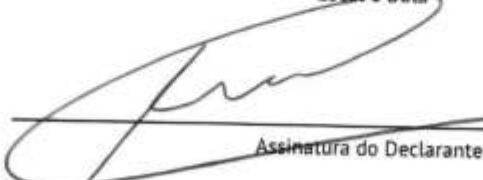
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Gov. José Gomes de Silva</u>		Número <u>920</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Tamborizinho</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58-042-200</u>
Email <u>altamiromoraesadvogado@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-98723-4062</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-9 8808-6505</u>

João Pessoa, 03 de agosto de 2018.

Local e Data


Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELIO DE LIMA ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 08/11/85
NOME DA MÃE NOEMIA DE PEREIRA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.074.348
Nº PRONTUARIO 108.116
DATA DO ATENDIMENTO 08/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO QUEDA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor e deformidade + limitação funcional em membro inferior E, além de dor abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aelncar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/18
DATA DA EMISSÃO: 18/07/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CAMEETSK
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, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)	Prontuário 108116
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887802	Fone Fixo
Local de procedência CUITEGI	Nº Cns	UF PB
mail	Naturalidade	Tipo MUNICIPIO
		CSO/R

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Modo de transporte
AMU

Sinais Vitais

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

Raio X []

Sanguine []

Dados clínicos



Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



AV. ORESTES LISBOA, km - PEDRO GONDIM - CNEB 12000 - Tel: 3333-15700

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses	Estado civil Prontuário
Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887802	Nº Cns
Local de procedência CUITEGI	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R
Endereço		
CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA
		Quilômetro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Atendimento de urgência de, motivo, acidente, vítima, vítima 1º acidente e com lesão

Dr. Renato C. Cavalcanti
Endereço: 19452/PB

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES	BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m	Sexo Masculino	CNS
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA			Telefone de Contato (83) 988530319
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo QUEDA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13		Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11	

anamnese

IPCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
REFORMAÇÃO DE MI ESQ

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELIO DE LIMA ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 08/11/85
NOME DA MÃE NOEMIA DE PEREIRA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.074.348
Nº PRONTUARIO 108.116
DATA DO ATENDIMENTO 08/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO QUEDA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor e deformidade + limitação funcional em membro inferior E, além de dor abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aelncar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/18
DATA DA EMISSÃO: 18/07/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente				
ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108116
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887802	Nº Cns		
Local de procedência CUITEGI	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
e-mail	Naturalidade	CSO/R		
Endereço				
CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Lugradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO		

Modo de transporte
AMU

Sinais Vitais			
PA	X	mmHg	Pulso
		Temperatura	

Razo X [] Sanguis []

Dados clínicos

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



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 JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA				Prontuário
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB	
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo QUEDA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB	
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13	Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11			

anamneseIPCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
EFORMAÇÃO DE MI ESQ**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA		Prontuário		
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO		Motivo QUEDA	Profissional THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 7254/PB
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13		Data/Hora Prescrição 08/04/2018 21:11:54		

Anamnese

CIRURGIA GERAL

REAVLIO PACIENTE, DOR INESPESCFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME.
COLICITO FAST.**EXAME DE IMAGEM**

ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

THIAGO VILA NOVA
CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO
CRM: 7254/PB
THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO
(CRM: 7254/PB)DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 SL 106-João Pessoa/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital de Referência de
São João de MaricáGOVERNO
DA PARAÍBARUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N - JARDIM TIJO DE MAIO
CNES: 1145623 - TRJImpresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 10/04/2018 09:12:42

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES	Boletim de Atendimento 1074348			Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32	Sexo Masculino	Prontuário 108116		
Tempo de Internação	Convênio SUS			Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 10/04/2018 09:12:36)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#2º DPO DE FX EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA (TTO DEFINITIVO)
 + FX DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO + FX CLAVICULA
 #EVOLUI EM EGR, ESTAVEL, COM QUEIXAS ALGICAS LEVES, F.O. LIMPA, COM SECREÇÃO
 SEROSANGUINOLENTA, NEGA FEBRE. PULSOS DISTAIS PRESENTES.
 # EM USO DE TRAÇÃO ESQUELETICA TRANSTIBIAL ESQUERDA
 #AGUARDA MARCAÇÃO DE CIRURGIA DE FEMUR E CLAVICULA
 #CD: CURATIVO + VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 02
 Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Número Conselho: 9456



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Talio de Lima Al BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/04/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Testículo esquerdo de John de Lima D
 Cirurgião: Amos 1º Assistente: Thales
 2º Assistente: Amos (Pi) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Amos
 Tipo de Anestesia: Depn Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Testículo esquerdo de John D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</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, 19/04/18



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/04/18

PRONTUÁRIO: 1074348

PACIENTE: JOELIO de LIMA Alves SEXO: M COR: Branco IDADE: 73

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80 PULSO: 84 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,4 PESO: 70kg GRUPO SANGÜÍNEO: A

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Ver prontuário - visto - sem alterações

AP. RESPIRATÓRIO: M+ em máscara hipotérmica AP. CIRCULATÓRIO: Ritmo regular

AP. DIGESTIVO: Em jejum ESTADO MENTAL: Orientado DROGAS EM USO: -

PRE-ANESTÉSICO: Dexamet + fentanil EV

DOSE/HORA: Dexamet + fentanil EV

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de fêmur distal (E)

CIRURGIA REALIZADA: fixação cirúrgica de fratura distal de fêmur (E)

CIRURGIÃO: Dr. ARAÚJO AUXILIARES: Dr. ALVES

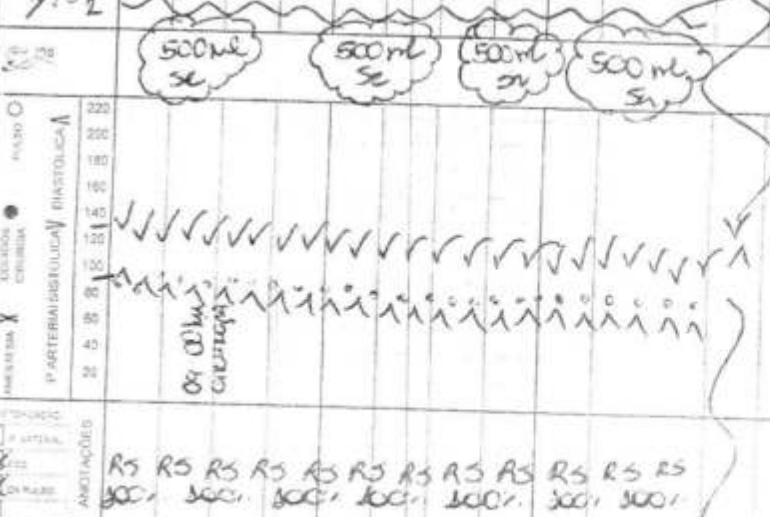
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30h TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS: GRM-PB:

ANESTESISTA: Dr. Camila + Dr. Nathalia (ce) CPF:

ESTADO FÍSICO (ASA): I

AGENTES: 08:30h 09:30h 10:30h 11:00h



paciente eucariótico
para ULPA, sem intercorrências
Estável Hemodinamicamente
PA: 120x80 mmHg
Saturação: 98%
FC: 82 bpm

ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: segue abaixo

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Bupivacaína 500 20mg / 10mg
2. Morfina 60 mg
3. Dexamet 5mg
4. Fentanil 100mcg
5. Cefazolina 500 mg em uso (VPM)
6. Dexametazona 10mg EV
7. Dipiridona 2g
8. Clonazepam 300mg

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106 João Pessoa-PB

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Técnica: paciente monitorizado, subarbitrio A venoclise com fêlex 18 em MSE feito sem sucesso / Anestesia da região femoral + sacral para raqui-anestesia com Agulha nº 26, 14cm, Rutland entre L3-L4, 1cc cloro, Epito satisfatório

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Nota de Sala

1074348

09:00

Box 107-4348
to Pinus E

190418

09:00

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE MINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 AGJ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 SL 106-João Pessoa/PB



RELATÓRIO DE CIRURGIA

ACTHIL

Nome: Helio de Lima Alves BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Dr. Henrique Tratamento cirurgico da fratura de tibia
Cirurgião: Dr. Henrique 1º Assistente: Dr. Jefferson
2º Assistente: Dr. Prudencio 3º Assistente: Dr. Bruno (MPL)
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Tibia esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirurgico de fratura de tibia esquerda</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



Dr. Bruno
CRM 10075

João Pessoa, 08/04/2018

Médico/CRM: _____



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELIO DE LIMA ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 08/11/85
NOME DA MÃE NOEMIA DE PEREIRA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.074.348
Nº PRONTUÁRIO 108.116
DATA DO ATENDIMENTO 08/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO QUEDA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor e deformidade + limitação funcional em membro inferior E, além de dor abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aelncar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/18
DATA DA EMISSÃO: 18/07/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil
Religião		Prontuário 108115
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Nº Cns
Local de procedência CUITEGI	Tipo MUNICÍPIO	
UF PB	UF PB	
mail	Naturalidade	

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Tipo de transporte
AMU

Sinais Vitais

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

Raio X []	Sangue []
Dados clínicos	

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência
Serviço de Atendimento



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CEP: 57221-2 - Tel.: 3323155700

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses	Estado civil
Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai SEVERINO ALVES	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSA(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887802	Nº Cms
Local de procedência CUIÇEGÍ	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58209000	Município de residência CUIÇEGÍ	UF PB	Logradouro SÍTIO CHAN DA BOA ESPERANÇA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Atendimento de urgência de trauma. Anestesiado. Vinte e sete pontos de sutura no abdômen e membros. em CB.</i> Drª Renata C. Cavalcanti Enfermeira COREN 71452/PB						

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA		Prontuário		
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO		Motivo QUEDA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13		Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11		

anamnese

IPCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
DEFORMAÇÃO DE MI ESQ

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 08/04/2018 19:25:47



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA			Prontuário	
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo QUEDA	Profissional THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO		Nº Cons. Regional 7254/PB
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13		Data/Hora Prescrição 08/04/2018 21:11:54		

Anamnese

CIRURGIA GERAL

REAVALIO PACIENTE, DOR INESPECÍFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME.
COLICITO FAST.**EXAME DE IMAGEM**

ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

Thiago Cavalcanti Vila Nova de Araujo
(CRM: 7254/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



HOSPITAL DE URGÊNCIA
DE JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N - JARDIM 11 DE MAIO
CNPJ: 1145623-7/0001

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 10/04/2018 09:12:42

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES	Boletim de Atendimento 1074348	Data/Hora Entrada 09/04/2018 19:24:13	Data/Hora Saida
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32	Sexo Masculino	Prontuário 108116
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 10/04/2018 09:12:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#2º DPO DE FX EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA (TTO DEFINITIVO);

+ FX DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO + FX CLAVICULA

#EVOLUI EM EGR, ESTAVEL, COM QUEIXAS ALGICAS LEVES, F.O. LIMPA, COM SECREÇÃO
Serosanguinolenta, NEGA FEBRE. PULSOCS DISTAIS PRESENTES.

EM USO DE TRAÇÃO ESQUELETICA TRANSTIBIAL ESQUERDA

#AGUARDA MARCAÇÃO DE CIRURGIA DE FEMUR E CLAVICULA

#CD: CURATIVO + VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Número Conselho: 9456



Nome: Talio de Almeida BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/04/18
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fístula de glândula parotídea
Cirurgião: Amo 1º Assistente: Thalio
2º Assistente: Amo (PI) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Amo
Tipo de Anestesia: Proprio Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fístula parotídea de glândula parotídea</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</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, 19/04/18

Amo S. de Almeida

Amo 7967

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal, braço direito estendido rotação interna - antebraço
Incisão:	Incisão em Z-plast, braço direito Extensão por cima do cotovelo até o joelho
Achados:	- Fratura distal do úmero e fratura do rádio
Conduta:	- Lavagem da ferida do joelho - redução aberta - fixação de fratura pelo placa D.P.S. - fechamento - drenagem do joelho e placa e parafusos - curativo e fixação - curativo e fixação - curativo e fixação
Fechamento:	Feito por planos curativo e fixação
Observação:	



Médico/CRM: Antonio de Jesus
CRM 2862

João Pessoa, 03/04/2018

Nota de Saldo

11 de Maio de 1960

Tratamento de Farmas

Dr. Paulo e suas farmas

Rua da

Comila Pereira

Be 1074348

09:00

Be: 1074348
E Formu E

09:00

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 ABR 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 SL 106-João Pessoa/PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

ACTS/01

Nome: Julio de Lima Alves BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / _____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Dr. Henrique Tratamento cirurgico da fratura de tibia E
 Cirurgião: Dr. Henrique 1º Assistente: Dr. Stefano
 2º Assistente: Dr. Frederico 3º Assistente: Dr. Bruno (M/1)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Tibia exposta</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirurgico de fratura de Tibia exposta</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



Dr. Bruno
CRM 10075

João Pessoa, 08/06/2018

Médico/CRM: _____

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/04/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Joélis de Lima Alves SEXO: F IDADE: 34

PROFISSIONAL: ANESTESIOLOGIA PLANO: 87 RESERVA: ACEDRONIC TEMPERATURA: 36,4

ESTADO GERAL: BO PRESSIONAL: OK PRESSIONAL: OK PRESSIONAL: OK PRESSIONAL: OK

EXAMES COMPLEMENTARES: VR

AP. RESPIRATORIO: OK AP. CIRCULATORIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADAMENTO: OK DROGAS EM USO: OK

PRE-ANESTESICO: Sem ESTADAMENTO: OK

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: fx tibial + femur (R)

QUIRURGIA REALIZADA: Tto cirurgico de fx tibial + femur (R)

QUIRURGIAO: Dr. Steferson AUXILIARES: Dr. Fred, Dr. Keisenberg

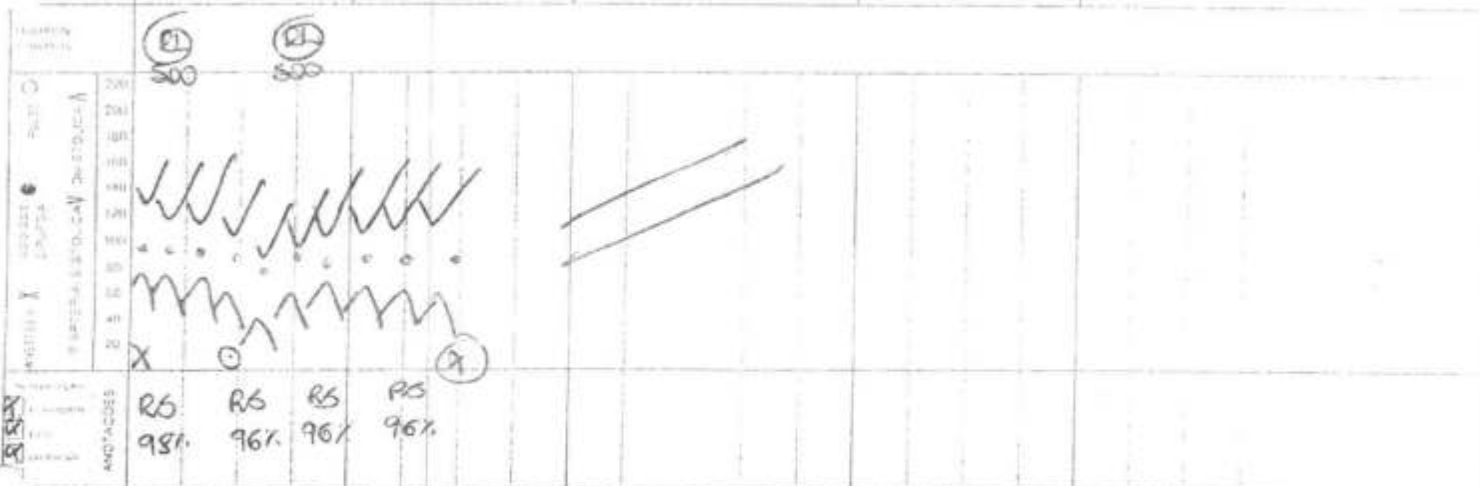
INICIO DA ANESTESIA: 21:45h TERMINO DA ANESTESIA: 23:45h DURACAO DA ANESTESIA: 120min

CODIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CIL VALORES RS:

ANESTESISTA: CPI CRM-PB:

AGUIHADA: 21:45h 22:45h

TIPO: 21 22



ANESTESIA GERAL: ANESTESIA GERAL ANESTESIA GERAL ANESTESIA GERAL ANESTESIA GERAL ANESTESIA GERAL ANESTESIA GERAL

TECNICA: VENODISE PRELIMINAR EM USO, SEMENTE: ASSÉPSIA/ANTISSÉPSIA, PUNÇÃO MEDIANEA ENTRE L2-L3, COM AGULHA

DIAGNOSTICO: VENODISE PRELIMINAR EM USO, SEMENTE: ASSÉPSIA/ANTISSÉPSIA, PUNÇÃO MEDIANEA ENTRE L2-L3, COM AGULHA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	cefazolina - 2g	11
2	Dexametasona - 10mg	12
3	Bupivacaína 0,5% - 15mg	13
4	Midazolam - 5mg	14
5	Diploina - 2g	15
6	Plavix - 10mg	16
7	Etamina - 20mg	17
8	Efedrina - 10mg	18
9		19
10		20

QUANTIDADE DE SANGUE: QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE

QUANTIDADE DE SANGUE: QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE QUANTIDADE DE SANGUE



PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.



PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
3 AGO 2018
StudyDate: 01.04.2017
Genta Seguradora S/A
Av. Dona Pedro I, 775 SL 106-Jd. Pissolunha

Image:1 Series:1

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.

StudyDate: 14.05.2018

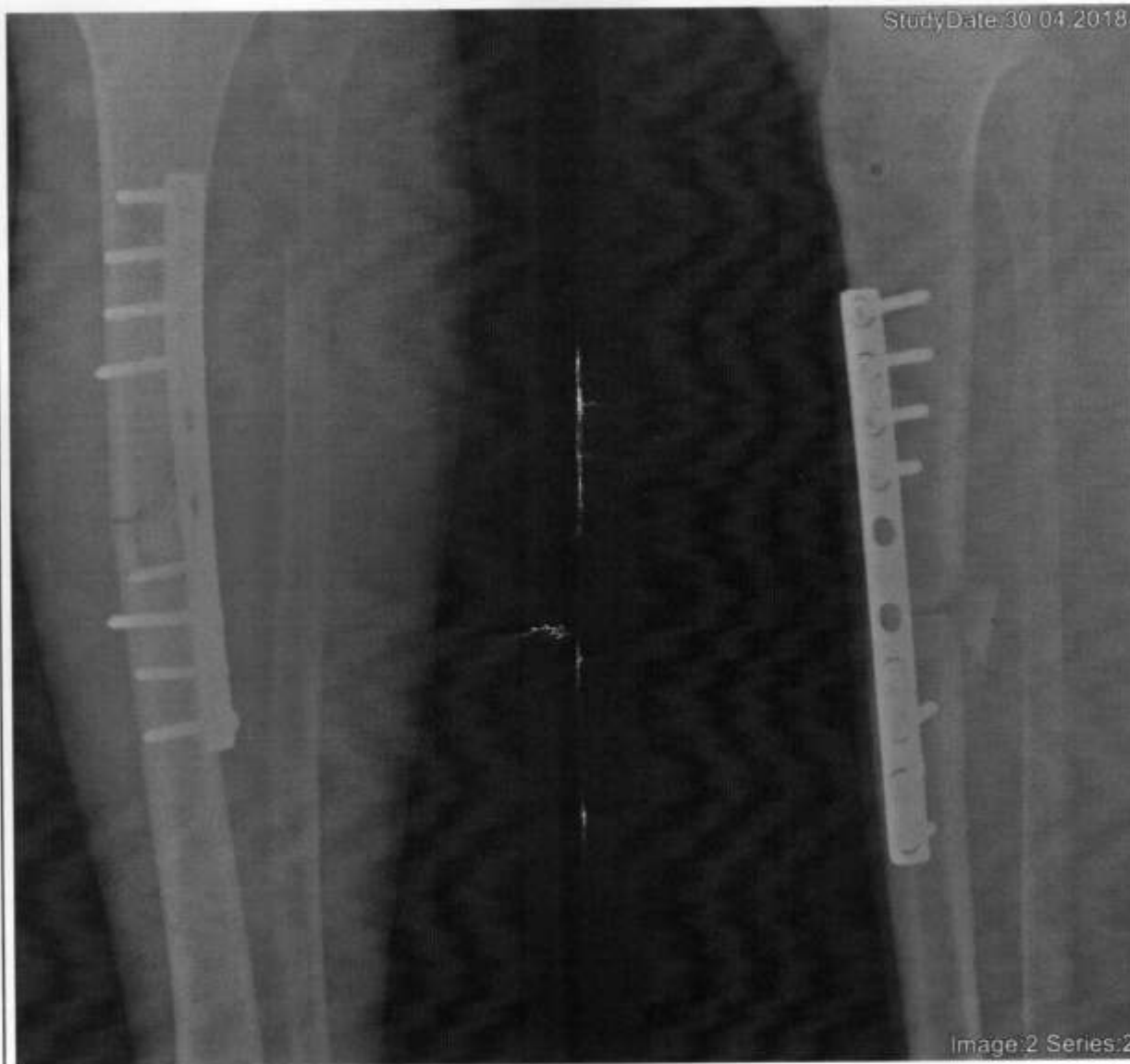


DEPARTAMENTO DE SI-MISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776/Sl. 106-João Pessoa/PB

Image 2 Series: 2

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
6-3 AGO 2018
HTOP
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 716 St. 105-João Pessoa/PB

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
HTOP

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.

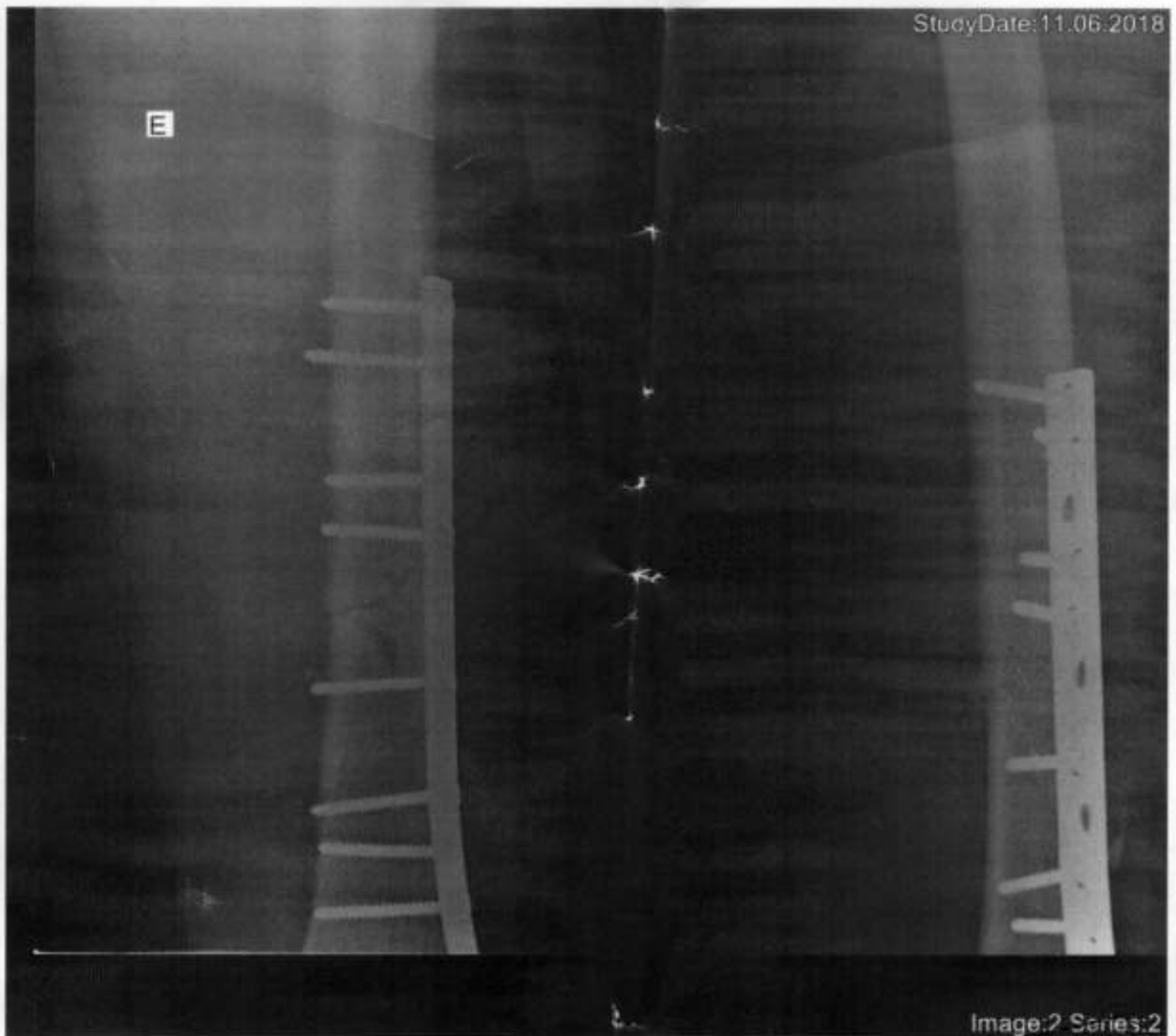


Image:2 Series:2

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 716 St. 105 - João Pessoa/PB
ITOP



ESTADO DA PARAÍBA
Prefeitura Municipal de Guarabira
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO



Declaração

Declaro para os devidos fins, que Joelio de Lima Alves esteve nesta instituição em tratamento fisioterapêutico por apresentar Fratura de Fêmur e Tibia esquerda, estando o mesmo com melhora significativa do quadro clínico, recebendo alta do nosso serviço.


Dr. Josenila Gonçalves de Souza
Fisioterapeuta - CRETEP 19647-F
CNS 280834525670002
CBO 223605

Data 20/12/2018



Receituário Médico



Leudo neoplásico

Ponto gelado de Luis A. B., com
história de queda de melão, com
fratura do fêmur e tíbia @,
com fratura comissura do
osteocondro do gleno e perone
há 8 meses, com consolidação
como fêmur e prendente
em tíbia.

Data: 17/12/16

Alto 3. de Alencar
Ortopedista / TBO 14049
Cirurgia de Joelho
CRM-PB 1967 / CRM-PE 23287



Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELIO DE LIMA ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 08/11/85
NOME DA MÃE NOEMIA DE PEREIRA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.074.348
Nº PRONTUÁRIO 108.116
DATA DO ATENDIMENTO 08/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO QUEDA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor e deformidade + limitação funcional em membro inferior E, além de dor abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aeincar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/18
DATA DA EMISSÃO: 18/07/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CREFITO
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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Floriano Peixoto, 1000GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165730

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil Religião Prontuário 108116
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2687802	Nº Cópia
Local de procedência CUITEGI	Tipo MUNICIPIO	UF PB
mail	Naturalidade	CBO

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Numero da pulseira 100000515520	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Atendimento
AMU

Sinais Vitais

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

Rolo X ()

Sangue ()

Dados clínicos

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital de Referência
Bom Pastor - Curitiba

AV. ORESTES LISBOA, 38 - REGIO RONDONIA - 81200-000 - Curitiba - PR

GOVERNO
DO PARANÁ

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1278507	JOELIO DE LIMA ALVES	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
08/11/1985	32 anos 5 meses	Religião
Mãe		Prontuário
NOEMIA PEREIRA DE LIMA		

DDD Móvel	Fone Móvel	Residência (Paciente)
63	988530319	SUELEN GOMES LIRA - ESPOSA
Tipo documento	Número documento	
RG (IDENTIDADE)	2887802	
Local de procedência		
CUITEGI		
Email	Naturalidade	Tipo
		MUNICIPIO

Endereço		
CEP	Município de residência	
58208000	CUITEGI	
Número	Contorno	
58		
		Logradouro
		STR. CHAN DA BOA ESPERANÇA
		Bairro
		ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	
08/04/2018 19:24:13	1000005155520	
Especialidade		
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Origem do paciente
	QUEDA	RUA
		Detalhe do acidente
		VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Via de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte		Queda sem escorço	
SAMU			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TG []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos: *Ataque de pânico de início súbito, com sintomas de taquicardia, sudorese e sensação de falta de ar.*

sem cefaleia, náusea ou vômito.

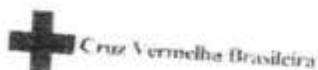
Dr. Renata C. Gonçalves
Enfermeira
COREN 70452/PR

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	JOELIO DE LIMA ALVES			BAE	1074348	Data/Hora Entrada	08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento	08/11/1985	Idade	32a 5m	Sexo	Masculino	CNS		Telefone de Contato
Mãe	NOEMIA PEREIRA DE LIMA							(83) 988530319
Endereço	SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN			Bairro	ZONA RURAL	Município	CUITEGI	Prontuário
Acidente	VEICULO X VEICULO			Motivo	QUEDA	Profissional	CARLOS MAGALHAES FRANCA	UF
Data/Hora Classificação	08/04/2018 19:24:13							PB
						Data/Hora Prescrição	08/04/2018 19:33:11	Nº Cons. Regional
								3792/PB

anamnese

ICT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
EFORMAÇÃO DE MI ESQ

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHAES FRANCA



Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 08/04/2018 19:25:47



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	JOELIO DE LIMA ALVES
DADOS DE NASCIMENTO	08/11/85
NOME DA MÃE	NOEMIA DE PEREIRA DE LIMA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.074.348
Nº PRONTUÁRIO	108.116
DATA DO ATENDIMENTO	08/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	QUEDA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10	S 72.3

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor e deformidade + limitação funcional em membro inferior E, além de dor abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aelncar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/18
DATA DA EMISSÃO: 18/07/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
MÉDICO
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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Dr. Augusto Maranhão LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO. O. PESSOA - CNES: 454561 - Tel: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 06/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Religião	Prontuário 108116
Escolaridade	Pai SEVERINO ALVES	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530319	Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2887862	DDD Fixo
Local de procedência CUITEGI	Nº Cnt	Fone Fixo
Idade	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Naturalidade	CEP	

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro SÍTIO CHAN DA BOA ESPERANCA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Numero da pulseira 1000005155520	Coveragem SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Forma de transporte
AMU

Sinais Vitais

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

Razão X [] Sanguis []

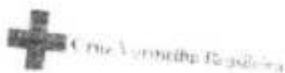
Dados clínicos

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

6 3 AGO 2018

Centro Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 785 SL 1000 João PessoaAtendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



AV. ORESTES LISBOA, 14 - PEDRO BONFIM - JUAZEIRO DO NORTE - PB
Boletim de Atendimento: 1074348

GOVERNO
DA PARAÍBA



Identificação do paciente

ID	1278507	Nome	JOELIO DE LIMA ALVES	Estado civil	Religião	Sexo	Masculino
Data de nascimento	08/11/1985	Idade	32 anos 5 meses				Prontuário
Mãe	NOEMIA PEREIRA DE LIMA						
Endereço							
CEP	58208000	Município	JOAZEIRO DO NORTE				
Número	58						
SN							

Admissão

Data e Hora	08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira	1000005155520
Especialidade	CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco			

Indicadores e Transporte

Caso policial	Não	Motivo do atendimento	QUEDA	Origem do paciente	RUA
Meio de transporte	SAMU	Plano de saúde	Não	Detalhe do acidente	VEICULO X VEICULO

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



ÁREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES	BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Saída
Data de nascimento 08/11/1965	Idade 32a 5m	Sexo Masculino	CNS
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI
Telefone de Contato (83) 988530319	Prontuário	UF PB	Nº Cons. Regional 3792/PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo QUEDA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13			

anamnese

ICT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
FORMAÇÃO DE MI ESQ

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)





Hospital Estadual de Emergências e Trauma
Senador Humberto Lucena



ÁREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA		Prontuário		
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO		Motivo QUEDA	Profissional THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO	
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13		Data/Hora Prescrição 08/04/2018 21:11:54		Nº Cons. Regional 7254/PB

Anamnese

CIRURGIA GERAL

REAVALIO PACIENTE, DOR INESPECÍFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME
POLICITO FAST.

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

THIAGO VILA NOVA
CAVALCANTI
CRM: 7254/PB
THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO
(CRM: 7254/PB)





Centro Vermelho Paranaense



RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS - 800 - JARDIM - 13.000 - MARINGÁ
CNPJ: 11.456.222



GOVERNO
DA PARANÁ

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 10/04/2018 09:12:42

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES	Boletim de Atendimento 1074348	Data Hora Entrada 10/04/2018 19:24:13	Data Hora Saída
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32	Sexo Masculino	Prontuário 108116
Tempo de internação	Convênio SUS		Planeta DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 10/04/2018 09:12:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#2º DPO DE FX EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA (TTO DEFINITIVO)
+ FX DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO + FX CLAVICULA
#EVOLUI EM EGR, ESTAVEL, COM QUEIXAS ALGICAS LEVES E SCLIMPA, COM SECREÇÃO
Serosanguinolenta, NEGA FEBRE, PULSO DISTAIS PRESENTES.
EM USO DE TRAÇÃO ESQUELETICA TRANSFEMORAL ESQUERDA
#AGUARDA MARCAÇÃO DE CIRURGIA DE FEMUR E CLAVICULA
#CD: CURATIVO + VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 12
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Número Conselho: 9456





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Tealio de Lenc Al BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 11/09/18
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Exatomação de pele de face
Cirurgião: Amo 1º Assistente: Thal
2º Assistente: Amo (PI) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Amo
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Exatomação de pele de face</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RST</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: Amo S. de Al

João Pessoa, 13/09/18



Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição em decúbito dorsal, braço direito ad-
duzido - antebraço - antebraço

Incisão:

Incisão em linha curva na região do
ombro para fazer o acesso ao fêmur

Achados:

- Fêmur do lado do fêmur e fêmur direito

Conduta:

- Instalação do fêmur do fêmur
- Redução do fêmur
- Fixação do fêmur com placa de P.E.
- Fêmur do fêmur e fêmur do fêmur
- Fêmur do fêmur e fêmur do fêmur
- Fêmur do fêmur e fêmur do fêmur
- Fêmur do fêmur e fêmur do fêmur
- Fêmur do fêmur e fêmur do fêmur

Fechamento:

Fêmur do fêmur
Fêmur do fêmur

Observação:



Médico/CRM:

Rui A. de Azevedo

(Rui Azevedo)

João Pessoa:

10/04/2018

Bo: 1074348

Av. Dom Pedro 6, 775 St. 106-João Pessoa/PB



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

ACTOBL

Nome: Julio de Lima Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
Clínica/Setor: Oncologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Dr. Maximo Tratamento cirurgico de tumor de tórax E
Cirurgião: Dr. Maximo 1º Assistente: Dr. Thiago
2º Assistente: Dr. Pires 3º Assistente: Dr. Bruno (SPL)
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Tumor de tórax esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirurgico de tumor de tórax esquerda</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. 08/08/2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELIO DE LIMA ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 08/11/85
NOME DA MÃE NOEMIA DE PEREIRA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.074.348
Nº PRONTUARIO 108.116
DATA DO ATENDIMENTO 08/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO QUEDA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor e deformidade + limitação funcional em membro inferior E, além de dor abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aeincar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/18
DATA DA EMISSÃO: 18/07/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Secretaria Municipal de SaúdeGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONÇALVES JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1278507	Nome JOELIO DE LIMA ALVES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32 anos 5 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108116
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA	Pai SEVERINO ALVES		Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 988530319	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 2887802	Nº Cns	Fone Fixo
Local de procedência CUITEGI		Tipo MUNICÍPIO		UF PB
mail	Naturalidade	Cidade		

Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro SÍTIO CHAN DA BOA ESPERANÇA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13	Número da pulseira 1000005155520	Coveragem SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Transporte
AMU

Sinais Vitais

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

Razo X () Sangue ()

Dados clínicos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 175 - 116 - João Pessoa/PBAtendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

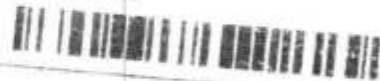


Hospital de Urgência

AV. ORESTES LISBOA, 44 - PEDRA CORDEIRA - CUITÉ - 68200-000 - PERNAMBUCO

GOVERNO
DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

ID 1270507		Nome JOELIO DE LIMA ALVES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 08/11/1985		Idade 32 anos 5 meses		Estado civil Prontuário	
Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA		Estado civil Prontuário		Religião Prontuário	
Tatagem Prontuário		Pai SEVERINO ALVES		Responsável legal SHELLEN GOMES LIRA - ESPOSADA	
DDD Móvel 83		Fone Móvel 988530319		Tipo documento RG (IDENTIDADE)	
Número documento 2987802		Número documento 2987802		Local de procedência CUITÉ	
Email Prontuário		Naturalidade Prontuário		Tipo MUNICÍPIO	
Endereço Prontuário		CEP 58200000		Município de residência CUITÉ	
Número SN		Complemento Prontuário		Localidade SÍTIO CHAM DA BOA ESPERANÇA	
Admissão Prontuário		Número da pulseira 1000005155520		Convênio SUS	

Admissão

Data e Hora 08/04/2018 19:24:13		Número da pulseira 1000005155520		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica Prontuário		Origem do paciente RUA	
Classificação de risco Prontuário		Motivo do atendimento QUEDA		Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Caráter de atendimento Prontuário		Motivo do atendimento QUEDA		Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não		Plano de saúde Não		Vício de ambulância Não	
Meio de transporte SAMU		Plano de saúde Não		Vício de ambulância Não	
Sinais Vitais Prontuário		Plano de saúde Não		Vício de ambulância Não	

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	P. 200	Frequência
----	---	------	--------	------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Atendimento realizado em 08/04/2018 às 19h24min. Paciente com trauma por queda de altura, apresentando dor no membro superior direito. Exame físico: sem alterações. Radiografia do ombro direito: sem alterações. Tratado com analgésicos e encaminhado para observação.

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



08/04/2018 19:24

ÁREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA				Prontuário
Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB	Nº Cons. Regional 3792/PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo QUEDA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11	
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13				

anamnese

ICT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
FORMAÇÃO DE MI ESQ

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(23737/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LuzoGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELIO DE LIMA ALVES		BAE 1074348	Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13	Data Baixa
Data de nascimento 08/11/1985	Idade 32a 5m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988530319
Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA		Prontuário		
Endereço SÍTIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município CUITEGI	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO		Motivo QUEDA	Profissional THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 7254/PB
Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13		Data/Hora Prescrição 08/04/2018 21:11:54		

Anamnese

CIRURGIA GERAL

EXAME PACIENTE, DOR INESPECÍFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME
COLICITO FAST.**EXAME DE IMAGEM**

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

THIAGO VILA NOVA
CAVALCANTI CARDIOMASCULIN
CRM: 7254
THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO
(CRM: 7254/PB)DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 115 St. 100-João Pessoa/PB

Boletim registrado por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 08/04/2018 19:25:47

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

NOME

JOELIO DE LIMA ALVES



DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR UF
2887802 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
076.075.694-56 08/11/1985

FILIAÇÃO
SEVERINO ALVES
NOEMIA PEREIRA DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04359517334

VALIDADE

12/03/2023

1ª HABILITAÇÃO

13/05/2008

OBSERVAÇÕES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Rua L. 776 St. 106-João Pessoa/PB

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

GUARABIRA, PB

DATA EMISSÃO

22/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

61692761941
PB036459917

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638629310

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638629310

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

NOME

JOELIO DE LIMA ALVES

DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR UF
2887802 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
076.075.694-56 08/11/1985

FILIAÇÃO
SEVERINO ALVES

NOEMIA PEREIRA DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04359517334

VALIDADE

12/03/2023

1ª HABILITAÇÃO

13/05/2008

OBSERVAÇÕES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Rua L. 776 St. 106-João Pessoa/PB

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

GUARABIRA, PB

DATA EMISSÃO

22/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

61692761941
PB036459917

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638629310

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638629310

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 014081975805
COO FISCAL 20180700013662
1 0031553125 B 00700000000 2018

JOELIO DE LIMA ALVES

07607569456 PLACA 04774/PB

NOVO PB 002ND0910ER200Y02

PAS/MOTOCICLETA/NAO APILIO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/XRE 300 MODELO 2011 2011

2 08/2011 / CI PARAFIC 000 PREDOMINANTE AMARELA

1 IEVA PARCO EM 007060700000 1º VENC/COTAS

PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 106 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** CEGURO P A G O T 31/07/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CUIFEGI-PB LOCAL 01/06/2018 DATA

000000 14834

000000 14834

PB Nº 014081975805 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 522 1204

07607569456/000 01/08/2018

00315531258 HONDA/XRE 300 NOVO

002ND0910ER200Y02

PREMIO TARIFARIO

PAG (R\$) 106 (R\$) COMPTANT (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

***** CEGURO P A G O

CUSTO DO BILHETE (R\$) 106 (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

COTA DADA INCREMENTO PARCELADO 01/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CKPJ 08.248.808/0001-04
14834-1047218-20180001

8102-2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014081975805
COO. FIL. BRN 20180700013662
1 0031553125 B 00700000000 2018

JOELIO DE LIMA ALVES

0760 7569456 PLACA 04774/PB

NOVO PB 002ND0910ER200Y02

PAS/MOTOCICLETA/NAO APILIO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/XRE 300 MODELO 2011 ANO 2011

2 08/2011 / CI PARAFIC COR. PREDOMINANTE AMARELA

1 IEVA PARAFIC EM 007060700000 1º VENC./COTAS

PARAFIC 0 PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 106 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** CEGURO P A G O T 31/07/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CUIFEGI-PB LOCAL 01/06/2018 DATA

000000 14834

000000 14834

PB Nº 014081975805 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 522 1204

0760 7569456 / CNP 01/08/2018

00315531258 HONDA/XRE 300 MODELO 08/2011 DB

002ND0910ER200Y02

PREMIO TARIFARIO

PAG (R\$) 106 (R\$) COMPTANT (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

***** CEGURO P A G O

CUSTO DO BILHETE (R\$) 106 (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

COTA DADA PAGAMENTO PARCELADO 01/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04
14834-1047218-20180001

14834-1047218-20180001

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180358208**

Nome do(a) Examinado(a): **JOELIO DE LIMA ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO CHA DA BOA ESPERANCA, S/N, CASA - Rural - Cuitegi - PB - CEP 58208000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2887802**

Data e local do acidente: [**08/04/2018**] **ZONA RURAL DE CUITEGI-PB**

Data e local do exame: [**29/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE 19 CM NA REGIÃO LATERAL DA COXA ESQUERDA EM TERÇO MÉDIO DISTAL E OUTRA CICATRIZ NA REGIÃO ANTERIOR MÉDIA DA PERNA ESQUERDA. HIPOTROFIA MUSCULAR DIFUSA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MARCHA COM USO DE MULETA E APOIO UNILATERAL.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

FRATURAS DE TÍBIA E FÊMUR ESQUERDOS TRATADAS CIRURGICAMENTE EM 08/04/2018 COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. .

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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

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

(☒) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias

(☐) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100% completo

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

DEVIDO AO CURTO PERÍODO DE TEMPO ENTRE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO E A REALIZAÇÃO DESTA AVALIAÇÃO SUGERIMOS UMA REAVALIAÇÃO DESTA VÍTIMA APÓS UM PERÍODO DE 90 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283829/18
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES
CPF: 076.075.694-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/04/2018
Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

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

JOELIO DE LIMA ALVES : 076.075.694-56

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: 03/08/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF/CNPJ: 012.007.834-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

ALINE GOMES DE BRITO





Ofício Nº 148/2018

Guarabira/PB, 01 agosto de 2018.

A Sua Senhoria o(a) Senhor(a)
Chefe do(a) Núcleo de Medicina Legal
IPC/PB - GUARABIRA

Assunto: Requisição de EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor(a) Chefe,

1. Requisito a realização de **EXAME DE LESÃO CORPORAL**, na pessoa abaixo qualificada, devendo o LAUDO ser encaminhado no prazo legal de 10 dias (CPP, art. 160, p. único):

JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO, conhecido(a) por JOELIO, Identidade nº 2.887.802-SSP/PB, CPF nº 076.075.694-56, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, filho(a) de Severino Alves e Noemia Pereira de Lima, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (32 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cham do Bordeiro, s/n, Zona Rural de Cuitegi/PB, tendo como ponto de referência: Restaurante de Leila, na cidade de Cuitegi/PB, fone(s) para contato: (83) 99677-0052 (TIM).

2. Informo, ainda, os seguintes dados a respeito da ocorrência:

A pessoa acima qualificada foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 08/04/2018, por volta das 17h:40min, nas imediações do Sítio Cham do Bordeiro, s/n, Zona Rural da cidade de Cuitegi/PB.

3. O Laudo deverá ser encaminhado à 1ª Delegacia de Polícia de Guarabira

Atenciosamente,

ELIANE MEDEIROS DE SANTANA
Delegado(a) de Polícia Civil



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464933/18

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

CPF: 076.075.694-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

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

JOELIO DE LIMA ALVES : 076.075.694-56

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: 27/12/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO



CARTA DE ESCLARECIMENTO À SEGURADORA LÍDER

EU, **GEUZA NUNES TAVARES**, BRASILEIRA, DIVORCIADA, CORRETORA, PORTADORA DA CÉDULA DE IDENTIDADE RG Nº 540.326 SSDS-PB – 2ª Via, RESIDENTE E DOMICILIADA NA PRAÇA MONSENHOR RAFAEL DE BARROS, Nº 110, CENTRO, SANTA RITA-PB, CEP: 58300-160 REPRESENTANTE (curatela anexa) DA SRA. **ANDRADINA AMBROSINA TAVARES**, BRASILEIRA, VIÚVA, APOSENTADA, PORTADORA DA CÉDULA DE IDENTIDADE RG Nº 3035007 SSP-PB, INSCRITO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS CPF Nº 716.303.504-78, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA DR. FONSECA Nº 42, CENTRO, SANTA RITA-PB, CEP: 58300-100, TELEFONES: 083-98885-8974/98825-2925, BENEFICIÁRIA DO SINISTRO Nº **3160263265**.

VENHO ATRAVÉS DESTA, ESCLARECER O MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO AS PERÍCIAS DPVAT QUE FORAM AGENDADAS EM NOME DA BENEFICIÁRIA DO SINISTRO ACIMA, JUSTIFICANDO A IMPOSSIBILIDADE DE LOCOMOÇÃO AO LOCAL DA PERÍCIA POR MOTIVOS PESSOAIS.

OBSTANTE INFORMAR, QUE ESTARÁ SENDO ENVIADOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SEGURADORA ARUANA DANDO PROCEDIMENTO NO SINISTRO Nº **3160263265**.

ATENCIOSAMENTE,

JOÃO PESSOA, 21 DE SETEMBRO DE 2018

Geuza Nunes Tavares



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002022 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO E DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA COXA E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO FÊMUR E DA TÍBIA ESQUERDOS, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002022 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO E DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA COXA E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO FÊMUR E DA TÍBIA ESQUERDOS, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002022 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO E DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA COXA E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO FÊMUR E DA TÍBIA ESQUERDOS, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180358208 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR E DE TÍBIA ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002022 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REENCAMINHADA À PERÍCIA MÉDICA, ANÁLISE EM 29/08/2018 - EM TRATAMENTO, RETORNAR EM 90 DIAS.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002022 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180358208 **Cidade:** Cuitegi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR E DE TÍBIA ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180358208

Cidade: Cuitegi

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

Data do acidente: 08/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE 19 CM NA REGIÃO LATERAL DA COXA ESQUERDA EM TERÇO MÉDIO DISTAL E OUTRA CICATRIZ NA REGIÃO ANTERIOR MÉDIA DA PERNA ESQUERDA. HIPOTROFIA MUSCULAR DIFUSA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MARCHA COM USO DE MULETA E APOIO UNILATERAL.

Resultados terapêuticos: FRATURAS DE TÍBIA E FÊMUR ESQUERDOS TRATADAS CIRURGICAMENTE EM 08/04/2018 COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO AO CURTO PERÍODO DE TEMPO ENTRE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO E A REALIZAÇÃO DESTA AVALIAÇÃO SUGERIMOS UMA REAVALIAÇÃO DESTA VÍTIMA APÓS UM PERÍODO DE 90 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180358208

Cidade: Cuitegi

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

Data do acidente: 08/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE 19 CM NA REGIÃO LATERAL DA COXA ESQUERDA EM TERÇO MÉDIO DISTAL E OUTRA CICATRIZ NA REGIÃO ANTERIOR MÉDIA DA PERNA ESQUERDA. HIPOTROFIA MUSCULAR DIFUSA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MARCHA COM USO DE MULETA E APOIO UNILATERAL.

Resultados terapêuticos: FRATURAS DE TÍBIA E FÊMUR ESQUERDOS TRATADAS CIRURGICAMENTE EM 08/04/2018 COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO AO CURTO PERÍODO DE TEMPO ENTRE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO E A REALIZAÇÃO DESTA AVALIAÇÃO SUGERIMOS UMA REAVALIAÇÃO DESTA VÍTIMA APÓS UM PERÍODO DE 90 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE, JOELIO DE LIMA ALVES, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2887802, SSP/PB, CPF nº 076.075.694-56, residente e domiciliado No Sítio Cha da Boa Esperança, S/N, Cuitegi/PB, CEP 58208-000., sem endereço eletrônico, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO, OAB/PB 12.678, **THALITA KALINE JACINTO ALVES DE SOUSA**, OAB/PB 23.478 ambos com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, nº920, sala 01, Tambauzinho, 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.**

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 **Justica Gratuita**.

João Pessoa/PB, 25 de julho de 2018.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL SALES DA SILVA - PILÕES-PB
Rua José Geraldo dos Montes Castro, Alt. - Centro - CEP: 58393-000 - Tel: (83) 3276-1037
Tabela: Osires Ferreira Sales
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOELIO DE LIMA ALVES. CONFERIDO () DOU FE. Pilões-Paraíba, 01.08.2018.

SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AHEB4700-P5TG
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



JOELIO DE LIMA ALVES
CPF nº 076.075.694-56

OUTORGANTE



Endereço Comercial: Rua Governador José Gomes da Silva, 920, sala 01 – Tambauzinho – João Pessoa/PB – CEP: 58042-200 – Contato: 83 9 8723-4062



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE, JOELIO DE LIMA ALVES, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2887802, SSP/PB, CPF nº 076.075.694-56, residente e domiciliado No Sítio Cha da Boa Esperança, S/N, Cuitegi/PB, CEP 58208-000., sem endereço eletrônico, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO, OAB/PB 12.678, **THALITA KALINE JACINTO ALVES DE SOUSA**, OAB/PB 23.478 ambos com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, nº920, sala 01, Tambauzinho, 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.**

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 **Justica Gratuita**.

João Pessoa/PB, 25 de julho de 2018.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL SALES DA SILVA - PILÕES-PB
Rua José Geraldo dos Montes Castro, Alt. - Centro - CEP: 58393-000 - Tel. (83) 3276-1037
Tabela: Osíres Ferreira Sales
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOELIO DE LIMA ALVES. CONFERIDO () DOU FE. Pilões-Paraíba, 01.08.2018.

SEBASTIÃO SALES DA SILVA NETO
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AHEB4700-P5TG
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



JOELIO DE LIMA ALVES
CPF nº 076.075.694-56

OUTORGANTE



Endereço Comercial: Rua Governador José Gomes da Silva, 920, sala 01 – Tambauzinho – João Pessoa/PB – CEP: 58042-200 – Contato: 83 9 8723-4062



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE, JOELIO DE LIMA ALVES, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2887802, SSP/PB, CPF nº 076.075.694-56, residente e domiciliado No Sítio Cha da Boa Esperança, S/N, Cuitégi/PB, CEP 58208-000., sem endereço eletrônico, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO, OAB/PB 12.678, **THALITA KALINE JACINTO ALVES DE SOUSA**, OAB/PB 23.478 ambos com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, nº920, sala 01, Tambauzinho, 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, relativo ao acidente datado no dia 08/04/2018.

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, 28 de janeiro de 2019



Joelio de Lima Alves

JOELIO DE LIMA ALVES
CPF nº 076.075.694-56

OUTORGANTE



Endereço Comercial: Rua Governador José Gomes da S
João Pessoa/PB – CEP: 58042-200 – Con

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464933/18

Número do Sinistro: 3190002022

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

CPF: 076.075.694-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

Procuração

JOELIO DE LIMA ALVES : 076.075.694-56

Autorização de pagamento

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: 08/02/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464933/18

Vítima: JOELIO DE LIMA ALVES

CPF: 076.075.694-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

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

JOELIO DE LIMA ALVES : 076.075.694-56

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: 27/12/2018
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO