
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

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.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 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



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, 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

076.075.694 - 56

Nome completo da vítima

Josélio de Lima Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----------------------------|----------------------|-----------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Josélio de Lima Alves | 076.075.694-56 | autônomo |
| Endereço | Número | Complemento |
| Sítio Chá da Boa Esperança | S/N | |
| Bairro | Estado | CEP |
| Centro | PB | 58 208-000 |
| Email | | Telefone (DDD) |
| | | (83) 99677-0052 |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V

CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V

CONTA NRO. D/V

2007

9

0010 481

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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

| |
|-------------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 63 AGO 2018 |



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gesta Seguradora S/A.
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro
CNPJ: 00.111.111/0001-00 Pessoal

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 <i>Joelio de Lima Alves</i> | CPF titular da conta <i>076.075.694-56</i> | Profissão <i>autônomo</i> |
| Endereço <i>Sítio Chá da Boa Esperança</i> | Número <i>S/N</i> | Complemento |
| Bairro <i>Portegi</i> | Estado <i>PB</i> | CEP <i>58 208-000</i> |
| Email | Telefone (DDD) <i>(83) 99677-0052</i> | |

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 |

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| AGÊNCIA NRO. <i>[Redacted]</i> | D/V <i>[Redacted]</i> | CONTA NRO. <i>[Redacted]</i> | D/V <i>[Redacted]</i> |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------|
| BANCO Nome <i>Bradesco</i> | NRO. <i>[Redacted]</i> | | |
| AGÊNCIA NRO. <i>2007</i> | D/V <i>9</i> | CONTA NRO. <i>0010 481</i> | D/V <i>7</i> |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

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

João Pessoa, 03 de agosto de 2018
Local e Data



Joelio de Lima Alves
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 PRÓPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:2007 NSEQ: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 Chá da Boa Esperança

Número:
S/N

Bairro:
Centro

Cidade:

Conceição

Estado:
PB

E-mail:

CEP:
58208-000
Tel (DDD):
(83) 99677-0052

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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*

CONTA: *9*

CONTA: *0010 481*

(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:
Vivos: Falecidos: 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 aqueles 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.

TESTEMUNHAS

Local e Data: *João Pessoa, 07 de fevereiro 2019*

Nome: *Joelio de Lima Alves*
CPF: *076.075.694-56*

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 Vítimas 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] Joao 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 FÉMUR 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 PERNAS ESQUERDA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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, DEFÍCIT 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

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


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



POLICIA 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 | Município: CUITEGI | UF PB |
| 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 | Tempo BOM |
| Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CAMINHONETE 01 MOTOCICLETA | | | Controle do tráfego no local SEM CONTROLE | | | |

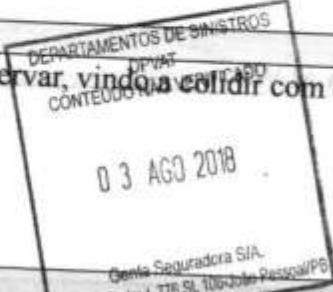
| | | | |
|--|-------------------|--------------------------|---------------|
| Nome JOSÉ SIQUEIRA PRADO | Sexo MASCULINO | Nascimento 10/12/1967 | RG 4261932 |
| Endereço FAZENDA CAJAZEIRAS S/N, ZONA RURAL DE GUARABIRA - PB | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---|------------|--------------------|-------------------------------|-------------|----------------|
| 1ª Habilidaçāo 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 |
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO | | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|-------------------------------|------------|
| Marca GM S10 | Espécie CAMINHONETE | Placa NZD 7674 | Categoria PARTICULAR | Município GUARABIRA | U.F. PB |
| Nome do Proprietário JOÉLIO DE LIMA ALVES | | | | | |
| 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.



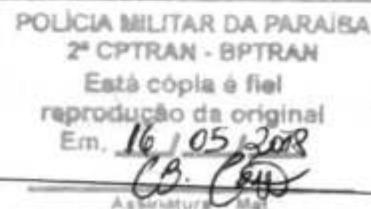
| | | | |
|--|-------------------|--------------------------|---------------|
| Nome JOÉLIO DE LIMA ALVES | Sexo MASCULINO | Nascimento 08/11/1985 | RG 2887802 |
| Endereço CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUITEGI - PB | | | |
| 1ª Habilidaçāo 13/05/2008 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|--|------------|--------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------|
| 1ª Habilidaçāo 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 |
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO | | Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------|
| 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.



VERSAO DA TESTEMUNHA 01

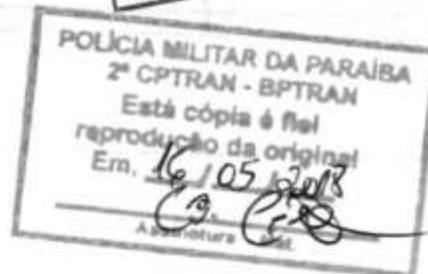
Disse que: Ouviu o barulho da colisão, quando virou e viu a vítima ao solo, e a motocicleta em baixo da caminhonete.

| TESTEMUNHA 02 | |
|--|------------------------|
| Nome | |
| ROBERTO SILVA DE ANDRADE | Sexo |
| Endereço | MASCULINO |
| RUA SANTA TEREZINHA N° 115, GUARABIRA - PB | Nascimento |
| CPF | 18/02/1970 |
| XXXXXXXXXXXXXX | Identidade |
| | XXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| | Órgão Emissor |
| | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| | U. F. |
| | XXX |
| VERSAO 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 à Delegacia de~~ DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 03 AGO 2018 Gente Seguradora SIA Av. Dom Pedro I, 176 Sl. 100-João Pessoa/PB.



Guarabira – PB, 15/05/2018

3º Sgt. SOUZA Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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



DEP. DIP/MAP
S
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

Gente Seguradora SIA.
Av. Dom Pedro I, 176 Sl. 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 Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **ELIANE MEDEIROS DE SANTANA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(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 Polícia 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(elas) 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, RENAVAN 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, RENAVAN 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 femur 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, escrivã(o) que digitei.

JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO
Comunicante

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

DEPARTAMENTOS DE SÍNTESE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 Cj. 106-João Pessoa/PB



POLICIA 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



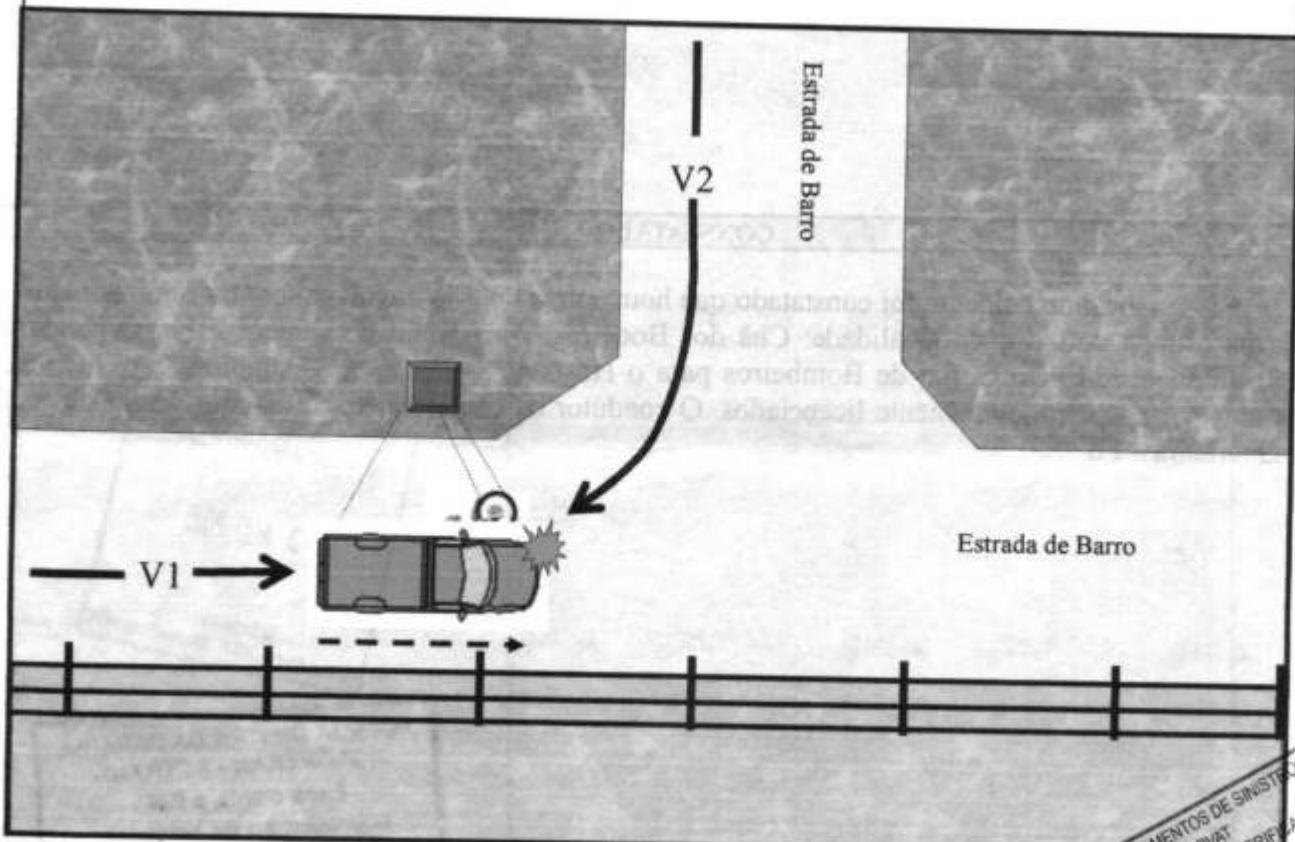
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 33/2018

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.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CPTRAN / BPTRAN
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

3º SGT. SOUZA PM
Responsável pelo Levantamento

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

A V A R I A S

V2

V1



POLICIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução do original
Em. 16/05/2018
[Signature]
Assinatura - Mef

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro, 776 S, 100-Jardim Passarinho

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 33/2018

CONDUTOR 03

| | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------|-------------|-----------------|--|
| Nome | | Sexo | Nascimento | | RG | |
| Endereço | | | | | | |
| 1ª Habilitação | Categoria | Registro CNH N.º | U.F. | Ex.méd./Dia | Data Vencimento | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica | | | Destino do Condutor | | | |
| VEÍCULO 03 | | | | | | |
| Marca | Espécie | Placa | Categoria | Município | U.F. | |
| Nome do Proprietário | | | | | | |
| Seguradora | Bilhete N.º | Renavan N.º | | | Data da Emissão | |
| Defeitos | | | | | | |
| VERSAO DO CONDUTOR 03 | | | | | | |
| | | | | | | |

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 33/2018

VÍTIMA 01

| | | | |
|--------------------|---|------------|------------|
| Nome | <u>JOÉLIO DE LIMA ALVES</u> | Sexo | MASCULINO |
| Endereço | <u>CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUITEGI - PB</u> | Nascimento | 08/11/1985 |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N.º 02 | | |
| Condição da Vítima | Condutida Para HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | | |

VÍTIMA 02

| | | | |
|--------------------|------------------------|------|------------|
| Nome | | Sexo | Nascimento |
| Endereço | | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N.º | | |
| Condição da Vítima | Condutida Para | | |

VÍTIMA 03

| | | | |
|--------------------|------------------------|------|------------|
| Nome | | Sexo | Nascimento |
| Endereço | | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N.º | | |
| Condição da Vítima | Condutida Para | | |

TESTEMUNHA 01

| | | | |
|----------------|--|---------------|-----------|
| Nome | <u>JANDUÍ ALVES</u> | Sexo | MASCULINO |
| Endereço | <u>PRAÇA JOÃO PESSOA N.º 190, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB</u> | | |
| CPF | Identidade | Órgão Emissor | U. F. |
| 050.974.904-60 | | | |



POLICIA 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 | Município: CUITEGI | UF PB |
| 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 | Tempo BOM |
| Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CAMINHONETE 01 MOTOCICLETA | | | Controle do tráfego no local SEM CONTROLE | | | |

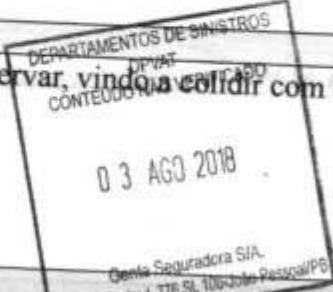
| | | | |
|--|-------------------|--------------------------|---------------|
| Nome JOSÉ SIQUEIRA PRADO | Sexo MASCULINO | Nascimento 10/12/1967 | RG 4261932 |
| Endereço FAZENDA CAJAZEIRAS S/N, ZONA RURAL DE GUARABIRA - PB | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---|------------|--------------------|-------------------------------|-------------|----------------|
| 1ª Habilidaçāo 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 |
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO | | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|-------------------------------|------------|
| Marca GM S10 | Espécie CAMINHONETE | Placa NZD 7674 | Categoria PARTICULAR | Município GUARABIRA | U.F. PB |
| Nome do Proprietário JOÉLIO DE LIMA ALVES | | | | | |
| 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.



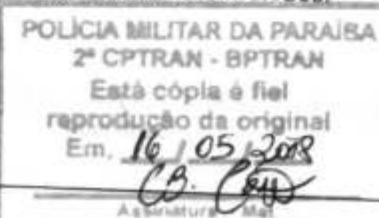
| | | | |
|--|-------------------|--------------------------|---------------|
| Nome JOÉLIO DE LIMA ALVES | Sexo MASCULINO | Nascimento 08/11/1985 | RG 2887802 |
| Endereço CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUITEGI - PB | | | |
| 1ª Habilidaçāo 13/05/2008 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|--|------------|--------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------|
| 1ª Habilidaçāo 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 |
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO | | Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------|
| 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.



VERSAO 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 | Sexo | Nascimento |
| ROBERTO SILVA DE ANDRADE | MASCULINO | 18/02/1970 |
| Endereço | | |
| RUA SANTA TEREZINHA N° 115, GUARABIRA - PB | | |
| CPF | Identidade | Órgão Emissor |
| XXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| VERSAO 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 à Delegacia de~~ DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 03 AGO 2018 Gente Seguradora SIA Av. Dom Pedro I, 176 Sl. 100-João Pessoa/PB



Guarabira – PB, 15/05/2018

3º Sgt. SOUZA Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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



S

DEP. DIP/MAP
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

Gente Seguradora SIA.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 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 Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **ELIANE MEDEIROS DE SANTANA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(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 cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia 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(elas) 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, RENAVAN 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, RENAVAN 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 femur 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, escrivã(o) que digitei.

JOELIO DE LIMA ALVES, VULGO JOELIO
Comunicante

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

DEPARTAMENTOS DE SÍNTESE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 Cj. 106-João Pessoa/PB



POLICIA 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



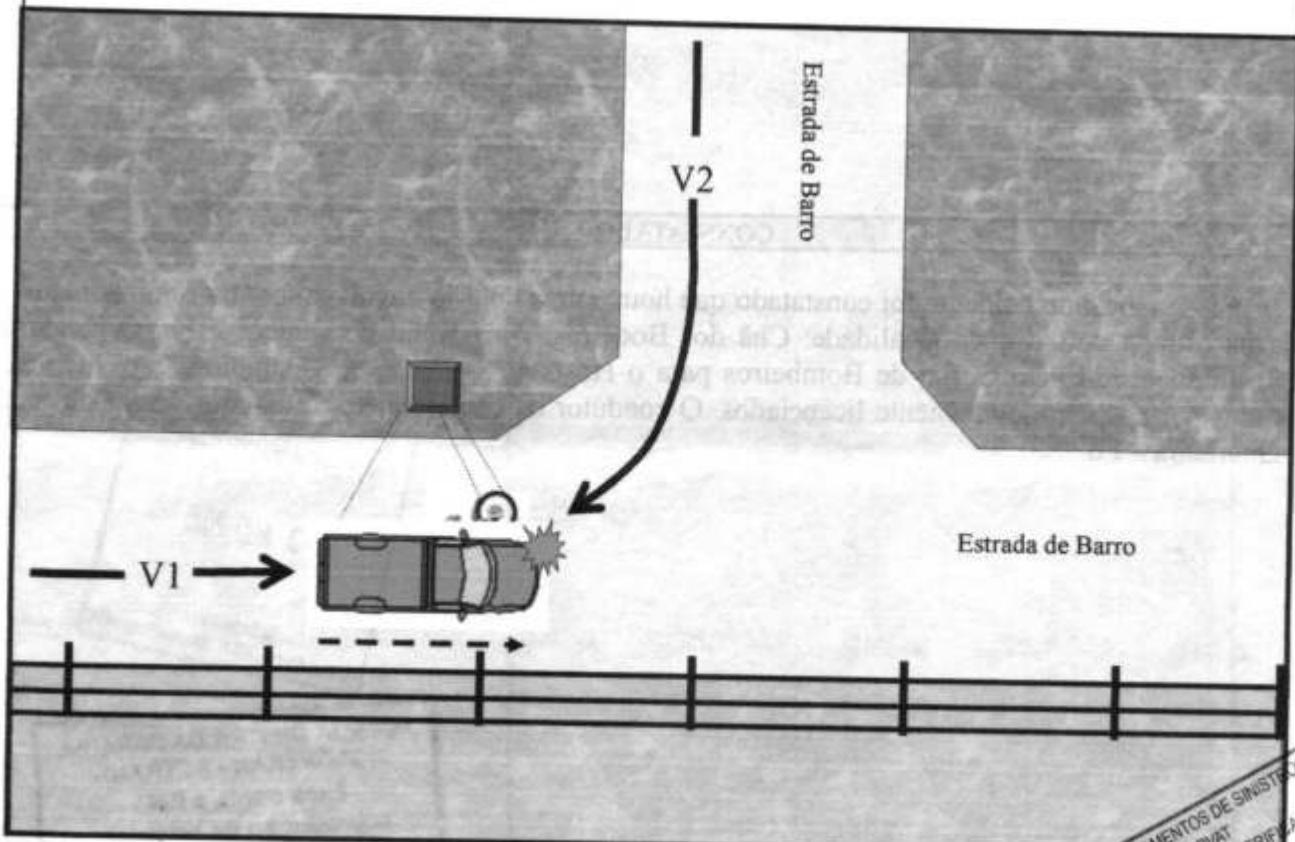
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 33/2018

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.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

3º SGT. SOUZA PM
Responsável pelo Levantamento

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

A V A R I A S

V2

V1



POLICIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução do original
Em. 16/05/2018
[Signature]
Assinatura - Mef

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro, 776 S, 100-Jardim Passarinho

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 33/2018

CONDUTOR 03

| | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------|-------------|-----------------|--|
| Nome | | Sexo | Nascimento | | RG | |
| Endereço | | | | | | |
| 1ª Habilitação | Categoria | Registro CNH N.º | U.F. | Ex.méd./Dia | Data Vencimento | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica | | | Destino do Condutor | | | |
| VEÍCULO 03 | | | | | | |
| Marca | Espécie | Placa | Categoria | Município | U.F. | |
| Nome do Proprietário | | | | | | |
| Seguradora | Bilhete N.º | Renavan N.º | | | Data da Emissão | |
| Defeitos | | | | | | |
| VERSAO DO CONDUTOR 03 | | | | | | |
| | | | | | | |

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 33/2018

VÍTIMA 01

| | | | |
|--------------------|---|------------|------------|
| Nome | <u>JOÉLIO DE LIMA ALVES</u> | Sexo | MASCULINO |
| Endereço | <u>CHÃ DO BODEIRO S/N, ZONA RURAL DE CUITEGI - PB</u> | Nascimento | 08/11/1985 |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N.º 02 | | |
| Condição da Vítima | Condutida Para HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB | | |

VÍTIMA 02

| | | | |
|--------------------|------------------------|------|------------|
| Nome | | Sexo | Nascimento |
| Endereço | | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N.º | | |
| Condição da Vítima | Condutida Para | | |

VÍTIMA 03

| | | | |
|--------------------|------------------------|------|------------|
| Nome | | Sexo | Nascimento |
| Endereço | | | |
| Ferimentos | Viajava no Veículo N.º | | |
| Condição da Vítima | Condutida Para | | |

TESTEMUNHA 01

| | | | |
|----------------|--|---------------|-----------|
| Nome | <u>JANDUÍ ALVES</u> | Sexo | MASCULINO |
| Endereço | <u>PRAÇA JOÃO PESSOA N.º 190, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB</u> | | |
| CPF | Identidade | Órgão Emissor | U. F. |
| 050.974.904-60 | | | |

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 Pedro 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 atende 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 Pedro, 03 de agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

joelio 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 atende 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

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

joelio 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

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 Pedro 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 atende 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.

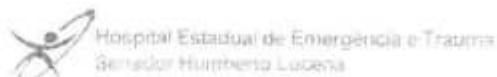
João Pedro, 03 de agosto de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 12887802 | | Nº Cns | |
| Local de procedência CUTEGI | | | | Tipo MUNICÍPIO |
| mail | Naturalidade | UF PB | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58208000 | Município de residência CUTEGI | 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 | | |

Modo de transporte
AMU**Sinais Vitais**

| | | | |
|---------|------|----|-------------|
| PA X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|---------|------|----|-------------|

| | |
|--|---------------------------------|
| Raio X <input checked="" type="checkbox"/> | Sangue <input type="checkbox"/> |
| Dados clínicos | |

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA[Imprimir](#)



Documento de Alta

| | | | |
|--|--------------------|--|--------------------------------------|
| Nome: LEUJO DE LIMA ALVES | | Número Prontuário: 108116 | |
| Data de nasc: 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 diafisária 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: - U. DE HEPARINA POR 28 DIAS E CIPROFLOXACINO POR 14 DIAS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HTOP | | | |

Data: 22/04/2018

GLAUBER MELO NOVAIS
MIRANDA

CRM: 9220 - PR

Médico

PR 9220





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
General 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 | 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 12887802 | Nº Cns | | |
| Local de procedência CUTEGI | | | | Tipo MUNICÍPIO |
| mail | Naturalidade | UF PB | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58208000 | Município de residência CUTEGI | 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 | P脉 | Temperatura |
|---------|------|----|-------------|

Raio X Sangue

Dados clínicos



Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Documento de Alta

| | | | |
|--|--------------------|--|--------------------------------------|
| Nome: LEUJO DE LIMA ALVES | | Número Prontuário: 108116 | |
| Data de nasc: 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 diafisária 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: - U. 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

PR 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

BRADESCO1032019050000000002370200700000010481236250 PAGO

BENEFICIÁRIO : Nu Pagamentos S.A.

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

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Bradesco | 237-2 | 23793.38128 60000.005276 84000.063309 1 76120000093519 | | | |
| Local de Pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso | | | | | Vencimento 10/08/2018 |
| Beneficiário Nu Pagamentos S.A. | | | CNPJ/CPF 18236120000158 | | Agência / Código do Beneficiário 3381/0000633-5 |
| Data do Documento 03/08/2018 | Nº do Documento 52784 | Espécie Das: DM | Aceite N | Data de Processamento 03/08/2018 | Nosso Número / Cód. de Documento 26/00000052784-8 |
| Use da Banco | Cartera 26 | Expédie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (+) Valor do Documento 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. | | | | | |
| Beneficiário Nu Pagamentos S.A. | | | | | |
| Pagador Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB | Código de Barras | | | | |
| | Autenticação Mecânica | | | | |





JOELIO DE LIMA ALVES
SITIO CHÁ DA BOA ESPERANÇA, DO. CASA
ZONA RURAL
58208-000 CUITEGI PB

FONE/LAR/ÁREA
Av. Praia Epitácio Pessoa 1012/2000/3000/3000
CEP: 58.200-010-0005-3912-12-14-14-14-14-14-14
CNPJ: 84.206.010-0005-39 CNPJ: 14-14-14-14-14-14-14-14

R\$ 59,99

VENCIMENTO

07/07/2018

EMISSÃO: 14/06/2018

POSTAGEM: 25/06/2018

FATURA: 3421-185189

DEBITO AUTOMÁTICO: 0000000166938068015

IMPORTANTE PARA JOELIO

RESUMO DA SUA CONTA DE TIM/MATA 13/JUN

SEGURO:

VALOR

TIM Controle B Plus

R\$ 59,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece:

TIM Controle B Plus: 83998646540 (0888/PÓS/
SMP)

TIM Banda Virtual
TIM Music

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE
1

MÉDIAS

PÉRIODO

VALOR
59,99

| | | |
|---|---|----------|
| 1 | - | |
| 1 | - | |
| | | Incluído |
| | | 59,99 |

Total da Mensalidade



Para sua comodidade, realize sua conta em débito automático em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, entre para o site de atendimento TIM.

WWW.TIM.BR

SOBRE TIM/MAIS DE VÍDEO

IDENTIFICAÇÃO DE DEBITO AUTOMÁTICO
0000000166938068015

MÊS DE REFERÊNCIA
JUN/2018

DATA DE ENVIO
14/06/2018

DATA DE VENCIMENTO
07/07/2018

VALOR
R\$ 59,99

0000000166938068015

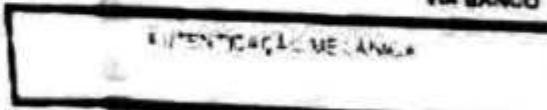
0000000166938068015

0000000166938068015

0000000166938068015

VIA BANCO

VERIFICAÇÃO DE LÂMINA



BENEFICIÁRIO : Nu Pagamentos S.A.

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

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Bradesco | 237-2 | 23793.38128 60000.005276 84000.063309 1 76120000093519 | | | |
| Local de Pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso | | | | | Vencimento 10/08/2018 |
| Beneficiário Nu Pagamentos S.A. | | | CNPJ/CPF 18236120000158 | | Agência / Código do Beneficiário 3381/0000633-5 |
| Data do Documento 03/08/2018 | Nº do Documento 52784 | Espécie Das: DM | Aceite N | Data de Processamento 03/08/2018 | Nosso Número / Cód. de Documento 26/00000052784-8 |
| Use da Banco | Cartera 26 | Expédie Moeda R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda | (+) Valor do Documento 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. | | | | | |
| Beneficiário Nu Pagamentos S.A. | | | | | |
| Pagador Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB | Código de Barras | | | | |
| | Autenticação Mecânica | | | | |



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 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 _____ da Vítima _____, 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 | Número | Complemento | |
|---|-------------------------|------------------------|-------------------|
| <u>Rua Gov. José Gomes da Silva</u> | <u>920</u> | <u>casa</u> | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>Tembosinho</u> | <u>João Pessoa</u> | <u>PB</u> | <u>58.042-200</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| <u>altamiromoraesadvogado@gmail.com</u> | <u>83-98723-4062</u> | <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 Altêniro 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 6941 56, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Joelio de Lima Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 6941 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 | | Número | Complemento |
|-------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Bu4 Gov. José Gomes de S. /va | | 920 | casa |
| Tembuvinho | João Pessoa | PB | 58.042-200 |
| Email | altêniromoraesadvogado@gmail.com | Telefone comercial(DDD) 83-9 88723-4062 | Telefone celular (DDD) 83-9 8808-6505 |

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 Altêniro 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 6941 56, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Joelio de Lima Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 075 6941 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 | | Número | Complemento |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Bu4 Gov. José Gomes de S. /va | | 920 | casa |
| Tamborim | João Pessoa | PB | 58.042-200 |
| Email | altêniromoraesadvogado@gmail.com | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | 83-98723-4062 | 83-98808-6505 |

João Pessoa, 03 de agosto de 2018.

Local e Data

Assinatura do Declarante





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:

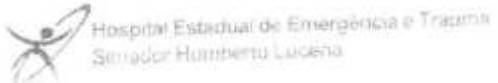
Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aelncar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

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

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CADASTRADO CRM: 2516/PB

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.



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 | Promotor 108115 |
| Mãe NOEMIA PEREIRA 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 Cnes | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Tipo MUNICÍPIO | UF PB | |
| mail | Naturalidade | CBD-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 | Convenio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | Clinica |
| Classificação de risco | | Origem do paciente RUA |
| Caráter de atendimento | Motivo da atendimento: QUEDA | Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO |

Síntese de transporte
AMU

| Sinais Vitais | | P脉 | Temperatura |
|---------------|---|------|-------------|
| PA | X | mmHg | |

| | |
|----------------|-----------|
| Raio X L1 | Sangue L1 |
| Dados clínicos | |



Departamento de Sinistros
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 AGO 2018

Órgão Seguradora SIA
Av. Dom Pedro I, 116 - Centro - João Pessoa - PB

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serviço Integrado de SaúdeGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 49 - PEDRO GONÇALVES 58150-125 - PB - BRASIL

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 | Religião | Prontuário |
| Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA | Pai SEVERINO ALVES | | | |
| Educacional | 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 Cris | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Type MUNICÍPIO | UF PB | |
| Email | Naturalidade | CBOR | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58200000 | 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 | | |
| Indicadores e Transporte | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Vôo de ambulância Não | Trauma Não | |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | | |
| Sinais Vitais | | | | |
| PA X mmHg | P脉 | Temperatura | | |
| Exames complementares | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] ECG [] Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | <p><i>at. no d. queijo de moço, anest.</i> <i>distoda veludo 1º dente e comendo</i> <i>co. cbi</i></p> <p><i>Dr. Renata C. Cavalcanti</i> <i>Enfermeira</i> <i>SGREN 73452/PB</i></p> | | | |
| Diagnóstico | | | | |
| Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA | <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT VERIFICADO 01min 34seg 03 ABR 2018 <i>Gente Seguradora S/A</i> <i>Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-Jóia Pequena/PB</i> </div> | | | |

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 Saída |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade: 32a 5m | Sexo Masculino | 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
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)





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:

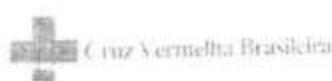
Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Arão Aelncar e Dr. Thales Seabra no 2º tempo.

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

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516/PB

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



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 PEREIRA 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 | | Type MUNICÍPIO | UF PB | CBO/R |
| mail | Naturalidade | | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|---|-----------------------------|--|
| CEP 58208000 | Município de residência CUITEGI | UF PB | Lagradouro 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 | Convenio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | Clinica |
| Classificação de risco | | Origem do paciente RUA |
| Caráter de atendimento | Motivo da atendimento QUEDA | Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO |

tipo de transporte
AMU

Sinais Vitais

| | | | | |
|----|---|------|----|-------------|
| PA | X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|----|---|------|----|-------------|

Raios X [] Sangue []

Dados clínicos



Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospitais Estaduais de Pernambuco
Sistema Integrado

AV. ORESTES LISBOA, 301 - PEDRO GONÇALVES - CNPJ: 12.514.271/0001-57

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 | Religião | Prótnuário |
| Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA | Pai SEVERINO ALVES | | | |
| Cidadanado | 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 Crns | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Tipo MUNICÍPIO | UF PB | |
| Email | Naturalidade | CBOR | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|----------|-----------------------------|
| CEP 58200000 | Município de residência CUITEGI | UF PB | Loradouro |
| Número SN | Complemento | | 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 | 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 | Vôo de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | | Quem transportou | |

Sinais Vitais

| | | | |
|---------|------|----|-------------|
| PA X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|---------|------|----|-------------|

Exames complementares

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

*interno do queijo de graxo, constante,
distende o abdômen, 1º dia de vida e comorbida
co. cto*

*Drª Renata C. Cavalcanti
Enfermeira
COREN 74/452/PB*

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir

| |
|----------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTEÚDO VERIFICADO |
| 01min 34seg |
| 63 Ato 2018 |

*Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 115 S/ 106-João Pessoa/PB*



Cruz Vermelha Brasileira

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

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

| | | | |
|--|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| 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 PEREIRA DE LIMA | | | Telefone de Contato (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 PB |
| Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13 | | Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11 | Nº Cons. Regional 3792/PB |

\namnese

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)DEPARTAMENTOS DE SALVATOS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 S/n, 500-João Pessoa/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

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 1d | 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 | Prontuário |
| Acidente VEICULO X VEICULO | Motivo QUEDA | Profissional THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAUJO | UF PB |
| 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

|
| **EAVALIO PACIENTE, DOR INESPESÍFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME.**
| **COLÍTICO FAST.**

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 AGO 2018

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

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



Cruz Vermelha Brasileira



RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, SIN - JARDIM 11 DE MAIO
CNES: 1145622 - TNU

GOVERNO
DA PARAÍBA

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 |
| Término de Internação | Convênio SUS | | Plantão DIURNO |

Evolução Médica (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 10/04/2018 09:12:36)

Evolução

Procedimento:

Descrição da Evolução:

#2º DPO DE FX EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA (TIPO 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 DISTAIAS 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: Taílio de Souza Alves BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 19/04/10
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Testículo impinge na bexiga de urina
 Cirurgião: Alves 1º Assistente: Hélia
 2º Assistente: Bruna (P) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Tomás
 Tipo de Anestesia: Regional Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---|-----|
| <u>Esôfago engrossado com dilatação</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--------------------------|--------|
| | |
| | |
| | |
| <u>RAPP</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: Alvés Ed. Alves

João Pessoa, 19/04/10

ABR 2010

RELATÓRIO DE CIRURGIA



| DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA | |
|-------------------------|--|
| Posição e Preparo: | <p>Paciente em decúbito dorsal toracotomia respiratória</p> <p>Bracos - antebraços</p> |
| Incisão: | <p>Fizemos incisão da cicatriz do cicatriz perineal abrindo o fálico</p> |
| Achados: | <p>- Encontramos o fálico e fogoite milho</p> |
| Conduta: | <ul style="list-style-type: none"> - remoção de fogoite do fálico - remoção crepitante - fezemos a fogoite pelo placo de 4,5 cm - fizemos a sutura com plástico para o círculo intacto e saída de fogoite <p>Superfície revestida com goma de náilon</p> |
| Fechamento: | <p>Sutura no placo</p> <p>metade exterior</p> |
| Observação: | <p></p> <p>Av. Dom Pedro I, 716 Ed. 106 João Pessoa/PB</p> <p>Gente Seguradora S.A.</p> |

Médico/CRM: João Pedro

João Pessoa. 11/06/18

(Ano 1963)

FICHA DE ANESTESIA

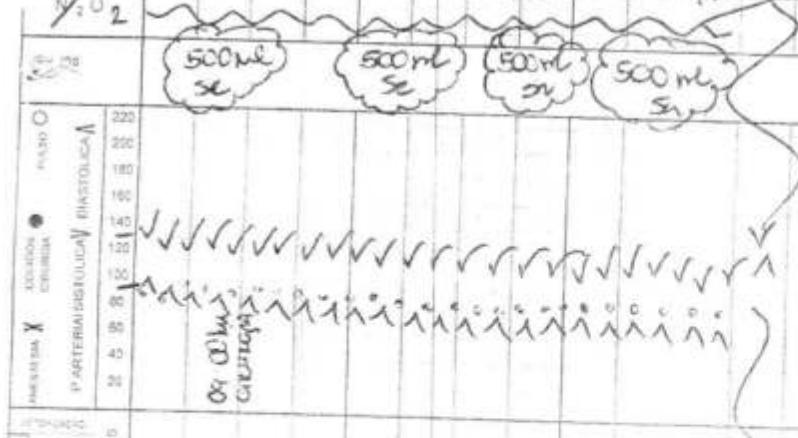
DATA: 19/04/18

PRONTUÁRIO: 1074348



| | | | | |
|----------------------------|--|----------------------|---|-----------------------|
| PACIENTE: | JOELIO de LIMA Alves | SEXO: M | COR: BRANCO | IDADE: 70 |
| PRESSÃO ARTERIAL | PULSO 84 | RESPIRAÇÃO 12 | TEMPERATURA PESO 37,90kg | GRUPO SANGUÍNEO A+ |
| ESTADO GERAL | () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO | RISCO CIRÚRGICO | () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | Ve PRONTUÁRIO - VINTO - NENHUM | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | MV + em ambas ligaç. | AP. CIRCULATÓRIO | RITMO regular | |
| AP. DIGESTIVO | Enfexin | ESTADO MENTAL | Orientado | DROGAS EM USO - |
| PRE-ANESTÉSICO | | | | |
| DOSE/HORA | domonil + fentanil EV | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | fratura de fíbula DISSÍNIA (E) | | | I ESTADO FÍSICO ASA I |
| CIRURGIA REALIZADA | tto cirúrgico de frst dissínia de fíbula (E) | | | |
| CIRURGIÃO | DRº ARDO | AUXILIARES | Dr. Valde | |
| INÍCIO DA ANESTESIA | 08:30hs | TÉRMINO DA ANESTESIA | | DURAÇÃO DA ANESTESIA |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | QUANT. DE CH | | VALORES RS |
| ANESTESISTA | DRº Comila + Drº Matheus (cc) | CPF | | CRM-PB |

AGENTES
01 108 30m 09 30m 130 30m 141 30m
02 30m 30m 30m 30m



Paciente encaminhado
para UPA, sem entubação
Estável Hemodinamicamente
 $\{ \begin{array}{l} TA: 120x80 mmHg \\ SBP: 200 \\ FC: 82 bpm \end{array} \}$

ANESTÉSICO: R5 R5 R5 R5 AS R5 R5 AS R5 R5 R5
500, 500, 500, 500, 500, 500, 500, 500

ANESTÉSICO GERAL RAQUIDANO EPIDURAL BLOQ. PLEVO BLOQ. NERVOS OUTROS

ESTÉTICA: regular Abnega

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 Ano 2018

Gente Seguradora SIA
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106 João Pessoa

| MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NOATO ANESTÉSICO | |
|--|------------------------------|
| 1 | Bupivacaina 350 20mg (Esqui) |
| 2 | Morfina 80 mcg |
| 3 | Domonil 50mg (Sancit) |
| 4 | Fentanil 100 mcg |
| 5 | Cefixima 1gr em 150 (VPM) |
| 6 | Dexametasona 10mg EV |
| 7 | Dipirona 2g |
| 8 | Entoperitone 100 mg |
| 9 | |
| 10 | |

UNIVERSIDADES IMPORTAIS

Técnica: paciente monitorizado, submetido à venoclise com fios 18 en MSF
feito anestesia / anestesia da região torácica + sacral para regionalização com agulha
nº 26, ponteada radialmente entre T3-T4, tecido clássico, epóto antistatico

Notes de Salsa

Be^+ 107434P

Notes de SAI
Tratamento da infecção
- Isalis & Dr. Bruno
- Regui Comila Parkla

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jellio de Lima Alves BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Dr. Henrique Tratamento cirúrgico da fratura do fêmur e tibia
 Cirurgião: Dr. Henrique 1º Assistente: Dr. Silviano
 2º Assistente: Dr. Praxedes 3º Assistente: Dr. Bruno (MIL)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---------------------------------|-----|
| <u>Fratura de Tibia e fêmur</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--|--------|
| <u>Tratamento cirúrgico de fratura</u> | |
| <u>do fêmur</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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



Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria

() Terapia Intensa

() Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Bruno
CRM-PB #10073
CRM-PE #10073

João Pessoa, 03/04/2018



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



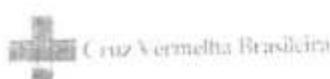
TRATAMENTO:

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
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



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 08/11/1965 | Idade 32 anos 5 meses 22 dias | Estado civil | Religião | Prontuário 108115 |
| Mãe NOEMIA PEREIRA 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 Crns | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Type MUNICÍPIO | UF PB | CBO/R |
| 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 |

Meio de transporte
AMU**Sinais Vitais**

| | | | |
|---------|------|----|-------------|
| PA X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|---------|------|----|-------------|

Raio X || Sangue ||

Dados clínicos

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Pernambuco
Símbolo da Humanidade

AV. ORESTES LISBOA, 66 - PEDRO GONDIM - CEP: 52111-170 - PB

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 | Religião | Prontuário |
| Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA | | | | Pai SEVERINO ALVES |
| E-mail Zacolandoze | | | | Responsável (Parentesco) SUELLEN GOMES LIRA - ESPOSO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988530319 | TOD. Fone | Ext. Fone | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2887802 | Nº CAS | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Tipo MUNICÍPIO | UF PB | CBOR |
| Email | Naturalidade | | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|----------|---|
| CEP 58208000 | Município de residência CUITEGI | UF PB | Loteamento 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 | Clinica | Convenio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | | |
| 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 | Vôo de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | | Quem transportou | |

Sinais Vitais

| | | | | |
|----|---|------|----|-------------|
| PA | X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|----|---|------|----|-------------|

Exames complementares

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

Dados clínicos

intorno de quase 40 graus. Anestesiado.
orientado reabrir o 1º dente e remontar
co cbi Drª Renata C. Calixto
Enfermeira
SGOEN/PA/52/PB

Diagnóstico

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 Saída |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade 32a 5m | Sexo Masculino | Telefone de Contato (83) 988530319 |
| Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA | | | Prontuário |
| Endereço SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA, SN | Bairro ZONA RURAL | Município CUTEGI | 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 | |

\namnese

IPCT 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)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 775 S/n, 50010-000 Pessoal/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

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 1d | Sexo Masculino | Telefone de Contato (83) 988530319 |
| Mãe NOEMIA PEREIRA 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

EXAME DE IMAGEM
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Conduta

Em observação

Thiago Vila Nova
CRM: 7254
PB

JOELIO DE LIMA ALVES

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

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



RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N - JARDIM 11 DE MAIO
CNES: 1145623 - 78

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 Saída |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade 32 | Sexo Masculino | Prontuário 108116 |
| Tempo de Internação | Convênio SUS | | Plantão DIURNO |

Evolução Médica (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.G. 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





CRUZ VERMELHA
PORTUGAL

RELATÓRIO DE CIRURGIA



四百三十一

Nome: Talita de Souza Alves BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 19/09/10
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Testículo esquerdo feto do tipo B em D
Cirurgião: Anísio 1º Assistente: Hellen
2º Assistente: Ariane (PI) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Carvalho
Tipo de Anestesia: Desconhecida Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--------------------------------------|-----|
| <i>Paciente operado de jarda (E)</i> | |

| Procedimientos Cirúrgicos | Código |
|---------------------------|--------|
| R A F F | |

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:

Am. Sub Alm

João Pessoa, 1904



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal toracotomia
lateralizada
Anestesia - intubação

Incisão:

Fissura intercostal da 7ª costela
Lâmina paralela ao eixo do fôlego

Achados:

- Estreita diafragma da 7ª costela com pleura aderida

Conduta:

- instalação de fôlego ob janela

- reduzir crico

- fechar diafragma e fechar pelo plástico de 4,0

- fechar diafragma e plástico parcialmente
- fechar diafragma e parcialmente
- enxugar o seio brônquico

Máfia ressecar todo que desse suspeita de

Fechamento:

Sutura parcial
metade extrema

Observação:



João Pessoa.

Médico/CRM: Adriano L. de Souza

(Ano 2017)

F(G)ASCIR.009-1

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/04/18

PRONTUÁRIO: 1074348



PACIENTE: JOELIO de LIMA Alves

SEXO: M COR: BRANCA IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 84 RESPIRAÇÃO 32 TEMPERATURA PESO 79kg GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Vee prontuário - VIMCO - nenhuma reseva

AP. RESPIRATORIO MV + em ambas laringe

AP. CIRCULATORIO ritmo regular

AP. DIGESTIVO Em jejum

ESTADO MENTAL Orientado

DROGAS EM USO —

PRE-ANESTÉSICO

dormonal + fentanil EV

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

fratura de fibra diartrosica (E)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

fratura de fibra diartrosica (E)

CIRURGIA REALIZADA

fratura de fibra diartrosica (E)

CIRURGIÃO Dr. ARDÉ

AUXILIARES Dr. Alves

INÍCIO DA ANESTESIA 08:30hs

TERMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Dr. comilh + Dr. Matheus (cc)

CPF

CRM-PB

AGENTES

08:30hs

09:30hs

10:30hs

11:00hs

O2

O2

O2

O2

N2O

N2O

N2O

N2O

CO₂CO₂CO₂CO₂

500ml

500ml

500ml

500ml

se

se

se

se

500ml

500ml

500ml

500ml

se

Nota de Salvo

~~Benz~~ 1074348

Nota de Sala de P.
Tratamiento quirúrgico de
d. Luis G. de la Torre
regia Comila Potek
19418



CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jelio de Lima Ghez BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Dr. Heitor Berg Trevisan cirurgia de fusão da coluna lombar
Cirurgião: Dr. Heitor Berg 1º Assistente: Dr. Steffano
2º Assistente: Dr. Frederico 3º Assistente: Dr. Blávio (M&G)
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário. Início 11:00 Término 13:00

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|----------------------------|-----|
| Fratura de tíbia e perna | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--|--------|
| Extrusão tibial de fratura de Tibia exposta | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(/)Enfermaria

() Terapia Intensa

Médico/CRM: Dr. Bruno M. de Souza
CRM: 10073

João Pessoa, 08/09/16





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SOCIEDADE
BRAZILEIRA DE
TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH col crurais
Grossos + Síntese
aproximados de corpos estranhos

Incisão:

Anterior ~ Tórax ~ Ido da ferida

Achados:

Fissura da Pélvis esquerda

Conduta:

Drenagem por placas
Laringe + hemorragia extrínseca
Pedras do falso da ferida
Fixação com placas DCP 10 furos + parafusos 10/100
Ressecção da hemorragia + laringe
Fechamento por placas
Cerramento tisícos
Ferida x de enxute

Fechamento:



Observação:

Fizemos projeção nas spondilectomias na
Pélvis esquerda.

Médico/CRM:

D. L. - 2018

João Pessoa, 03/10/2018

Nota de Sala Cittiglio

BF-1074348
Joelio de Lima Alves

~~39 ANDM.~~ T-11- Front. of FLMR E + tracat Tibial
~~D. H. Eisenberg D. Steppenher.~~

*Roxane
Dr. Roxane Dr. Roxane Dr. Roxane*

INSTANTANÉE ALBUM.

08/09/18 CAPT CHIEF EEL AMSTEL 540 9:00:13 TIR 00:00:00 00:00 9:00:10

DEPARTAMENTOS DE SANTOS
DEPAT
NO VERIFICADO
COMITIÁDOR
ESTRUTURA ELÉTRICA
CAPACIDADES 2018
CARRO MONTEIRO
EDIFÍCIOS ATENDIDOS
EDIFÍCIO ALVIM FAR
EDIFÍCIO COTIA
EDIFÍCIO JUPEA
EDIFÍCIO PINTOR DE MUSSE
Gestão Seguradora SIA.
Somos Fiduciários SIA - São Paulo/SP

ESPINA
CHOCOLATE
Castro
Variedad Choclate Castro
Téc. F. y M. jem
SANTO DOMINGO

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.

StudyDate: 14.05.2018

E



Image:1 Series:1

HTOP

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.



Image:1 Series:1

HTOP

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.

StudyDate: 14.05.2018



HTOP

PatientID: 000000060322
PatientName: JOELIO DE LIMA ALVES

Sex: Masculino
BirthDate: 08.11.1985
Age: 32a.



StudyDate: 30/04/2018

Image:2 Series:2



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.

StudyDate: 11.06.2018

E

Image:2 Series:2

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106 Jd. Paulista/SP
HTOP



ESTADO DA PARAÍBA
Prefeitura Municipal de Guarabira
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO



Declaro 21/12/2018

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

Dr. José Mário Gonçalves de Souza
CRM: 19647-F
Fisioterapeuta CREFITO PB 10002
CNS: 200634525610002
CBO: 223605

Data 21/12/2018



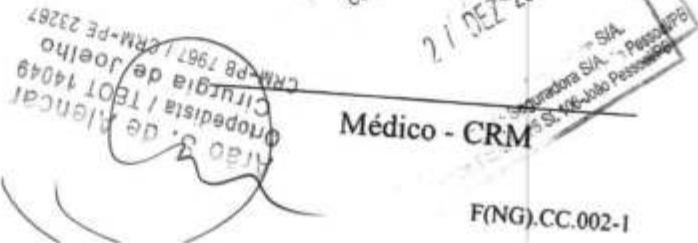
Receituário Médico



Lendo na internet

Ponto fértil de Jus Abi, com
histórico de gredos do melo, con-
fissões de Júlio e Lilia Q,
contratualista canguçu do
atendimento de pleno o prazo
há 8 anos, com conselhos
de Júlio e presidente
de Lilia.

Data: 17/12/18



Médico - CRM

F(NG).CC.002-I



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:

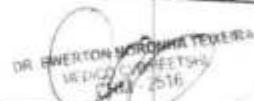
RX do quadril E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



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
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



Centro Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Teotônio VilelaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: #54561 - 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 | Pentecostes 108116 |
| Mãe NOEMIA PEREIRA 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 CNE | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Tipo MUNICÍPIO | UF IPB | |
| mail | Naturalidade | CNPJ | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|---|----------|--|
| CEP 58208000 | Município de residência CUITEGI | UF PB | Lagradouro 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 | |

ambulância
AMU**Sinais Vitais**

| | | | |
|---------|------|----|-------------|
| PA X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|---------|------|----|-------------|

Raio X: Sangue:

Dados clínicos

Assinado por:
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA[Imprimir](#)

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. CRESTES LISBOA, 39 - Bairro Centro - CEP 58010-000 - João Pessoa - PB

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Id 1278507 | Name JOELIO DE LIMA ALVES | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade 32 anos 5 meses | Estado civil Solteiro |
| Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA | | Religião Prótestante |
| Endereço | SEVERINO ALVES | |
| DDD Móvel 63 | Fone Móvel 988530319 | Rua: Rua SUELLEN GOMES LIMA (ESPOSA) |
| Título documento RG (IDENTIDADE) | Número documento: 2887802 | Nº CAS |
| Local de procedência CUIUTEGI | | Tipo MUNICÍPIO |
| Email | Naturalidade | Cidade PAZ |
| Endereço | | |
| CEP 58208000 | Município de residência CUIUTEGI | Localidade Bairro: CHAN DA BOA ESPERANÇA |
| Número SN | Complemento | ZONA RURAL |
| Admissão | | |
| Data e Hora 08/04/2018 19:24:13 | Número da pulseira 1000005155520 | Convenio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | |
| Classificação de risco | Orientação 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 | Vôo de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | | Caixa transportadora | |

Sinais Vitais

PA

X

mmHg

Peso

kg/m²

Exames complementares

| | | | | | | |
|-----------|-----------|----------|-------|-----------|--------|---------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrassonografia [] |
|-----------|-----------|----------|-------|-----------|--------|---------------------|

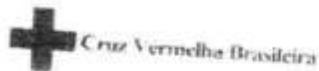
Dr. Renata C. Carvalho
Enfermeira
CRO/PE 11452/PB

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: 6121221Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

\namnese

IPCT 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

13792/PB

02/04/2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DEVIR

CONTEUDO NAO VERIFICADO

63 AUS 2018

Gest Seguradora SA
Av. Dom Pedro I, 175 SL 106-Jd Pescaria PS

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 |
| 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 |

DADOS EXTRAÍDOS

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.

AVALIAÇÃO INICIAL:

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
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

30/04/2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
do Estado da Paraíba - João PessoaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JD.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 08/11/1985 | Idade 32 anos 5 meses 22 dias | Estado civil | Religião | Promovido 108116 |
| Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA | | | | Pai SEVERINO ALVES |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988530319 | DDD Fijo | Fone Fijo | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2887802 | Nº CRLV | | |
| Local de procedência CUITEGI | | | | Tipo MUNICÍPIO |
| CEP 58208000 | Município de residência CUITEGI | UF PB | Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA | |
| Numero SN | Complemento | | Bairro ZONA RURAL | |

Endereço

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

Órgão de Transporte
AMU

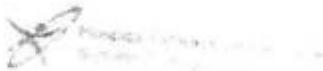
Sinais Vitais

| | | | | |
|----|---|------|----|-------------|
| PA | X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|----|---|------|----|-------------|

| | |
|----------------|-----------|
| Raio X 1: | Sangue 1: |
| Dados clínicos | |

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



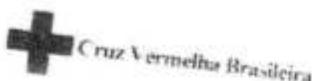
AV. ORESTES LISBOA, 19 - PEDRO GONÇALVES - 62020-000
Boletim de Atendimento: 1074348

GOVERNO
DA PARAÍBA

| Identificação do paciente | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------|--|---------------------|
| ID 1278507 | Name JOELIO DE LIMA ALVES | Estado civil Solteiro | Religião Católica | Sexo Masculino | Prontuário SEVERINO ALVES | |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade 32 anos 8 meses | | | | MARIA LENILSON GOMES LIMA (EXPOGOSA) | |
| Mãe NOEMIA PEREIRA DE LIMA | | | | | | |
| E-mail E-mail | Naturalidade Município PB | | | | | |
| Endereço CEP 58206000 | Município de residência CUTEGI | | | | Localização SITIO CHAN DA BOA ESPERANÇA | |
| Número SN | Conteúdo Queda | | | | ZONA RURAL | |
| Admissão | | | | | | |
| Data e Hora 08/04/2018 19:24:13 | Número da pulseira 1000005155520 | | | | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | | | | | |
| Classificação de risco | | Clinica | | | | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento QUEDA | | Origem do paciente RUA | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Vôo de ambulância Não | | | | |
| Meio de transporte SAMU | | Outras observações Queda de altura | | | Trauma Não | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA | X mmHg | P脉 | Temperatura | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Líquor [] | ECG [] | Ultrassonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |
| <i>at. no d. jardim da gama e dentista. victima caiu de altura e bateu a cabeça</i> Dr Renato C. Gonçalves Enfermeira SUSREN 74552/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

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

anamneseI-HCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E
EFORMAÇÃO DE MIESO**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 IMAGEMRADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNAS ESQUERDA

CID10

| Código | Descrição |
|--------|-----------|
| 52.0 | Dor aguda |

Conduta

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

CARLOS MAGALHÃES FRANCA
(3792/PB)DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIPAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2018

Gestão Seguradora S.A.
Av. Dom Pedro I, 776 SL 106-108, Pousadas PB

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma de
Sorocaba - H.E.T.S.



GOVERNO
DA PARAGUÁ

AREA VERMELHA

Endereço: AV. OBR

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 | Telefone de Contato (83) 988530319 |
| Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA | | CNS | 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 # | | | |
| EAVALIO PACIENTE, DOR INESPECÍFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME OLÍCITO FAST. | | | |
| EXAME DE IMAGEM | | | |
| TRASSONOGRAFIA - FAST | | | |
| Conduta | | | |
| observação | | | |

JOELIO DE LIMA ALVES

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 AGO 2018

Gente Seguradora S.A.
Dom Pedro I, 116 B, 106-Jk Pessoal/PB

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



RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS SEN. JARAGUA - 25 DE MAIO
CNES. 1145822



| | |
|---|--|
| Paciente JOELIO DE LIMA ALVES | Boletim de Atend. n. 1074348 |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade 32 |
| Término de internação | Sexo Masculino Convênio: SUS |

Data/Hora Entrada
19/04/2018 19:26:13

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES

Em: 19/04/2018 09:12:42

Data/Hora Saída

Prontuário
108116

Período
DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 19/04/2018 09:12:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#2º DPO DE FX EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA (TTS) DEHN
+ FX DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO + FN CLAVICULA
#EVOLUI EM EGR, ESTAVEL, COM QUEIXAS ALGÍCIAS LEVES E LIMPAS, COM SECREÇÃO SEROSANGUINOLENTA, NEGA FEBRE, PULSOS DISTAIS PRESENTES.
EM USO DE TRAÇÃO ESQUELETICA TRANSITÓRIA ESQUERDA
#AGUARDA MARCAÇÃO DE CIRURGIA DE FEMUR E CLAVICULA
#CD: CURATIVO + VPM

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

Número Conselho: 9456





CRUZ VENDEMA
BRASILEIRO

RELATÓRIO DE CIRURGIA



卷之三

| | | | |
|--------------------|---------------------------|-----------------|----------------------------|
| Nome: | Talio de Souza Jr. | BE/Prontuário: | |
| Idade: | | Sexo: | () Masculino () Feminino |
| Clinica/Setor: | | Cor: | |
| Cirurgia: | <i>Extrato de laringe</i> | Data: | 19/07/09 |
| Cirurgião: | <i>Aureo</i> | EMP: | |
| 1º Assistente: | <i>Thiago</i> | LR: | |
| 2º Assistente: | <i>Aureo (P)</i> | 3º Assistente: | |
| Instrumentador: | | Anestesista: | <i>Jean</i> |
| tipo de Anestesia: | <i>Alcur</i> | Horário: Início | |
| | | Término | |

| Diagnóstico Pós-Operatório | Início _____ | Termino _____ |
|-----------------------------|--------------|---------------|
| CID | | |
| | | |
| | | |
| <i>Comprimento joan (3)</i> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Procedimientos Cirúrgicos | Código |
|---------------------------|--------|
| RAFT | |

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cíclico

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Alice S. de Almeida
CRM 2967

João Pessoa, 19 de Setembro

-M Jan 2962

F(NG) & GTR (n=1)

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal com braços ao lado
acorrentado
Preparo - antisséptico

Incisão:

Expondo o tecido da capa do
sistema nervoso central e o fôrme do tronco

Achados:

- Fôrme do tronco de fôrme e perna milha

Conduta:

- instalação de fôrme e fôrme
- sistema nervoso central
- Expondo o fôrme pelo placa de fôrme
- fôrme milha
- fôrme e fôrme e perna milha
- fôrme e fôrme e perna milha
- fôrme e fôrme e perna milha

Técnicas realizadas que do infarto cerebral

Fechamento:

fôrme e fôrme

Uso de sutura

Observação:



Médico/CRM:

José L. J. G.

(Ass. 18/0)

João Pessoa

11/01/18

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/04/18

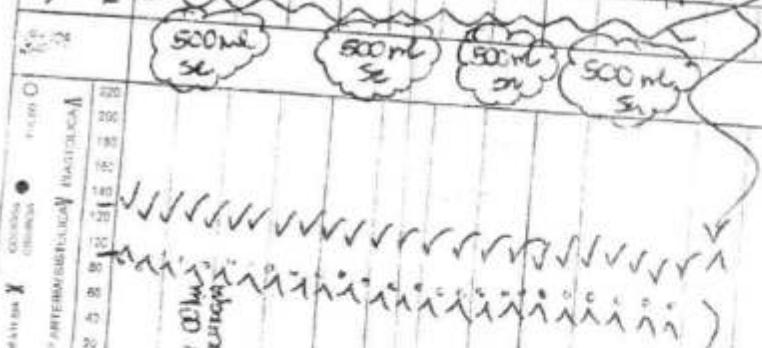
PRONTUÁRIO: 1074348

| | | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| PACIENTE: | JOELIO de LIMA Almeida | | SEXO: M | COR: Branca | IDADE: 50 |
| PRESSÃO ARTERIAL | 130/80 | PULSO: 84 | RESPIRAÇÃO: 12 | TEMPERATURA: PESO: 59kg | VALORES SANGUÍNEOS |
| ESTADO GERAL: | BOA | X REGULAR | MAL | IPESSIMO | RISCO CIRÚRGICO: BOM |
| EXAMES COMPLEMENTARES | Vee prontuário - Vento - Nenhum | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | MV + em ondas ligeiras | | | | |
| AP. DIGESTIVO | Enjóis | | | | |
| PRE-ANESTÉSICO | Dormônio + fentanil EV | | | | |
| DOSIS/HORA | Istria de fíbre diafanária E | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | Fratura de fíbre diafanária E | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA | Fractura de fíbre diafanária de fémur E | | | | |
| CIRURGIÃO: Drº APOL | Auxiliares Drº APOL | | | | |
| INÍCIO DA ANESTESIA | 08:30h | TERMINO DA ANESTESIA | DURACAO DA ANESTESIA | | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT DE CH | | VALORES CRITICOS | | |
| ANESTESISTA: Drº CORRÊA + Drº VASCONCELOS (es) | CPF: 04.30h / 30m / 30m / 14:00h | | CRM-PB | | |

108 30h 04 30h 30 30m 14:00h

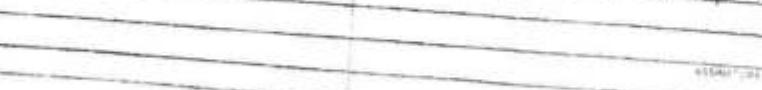
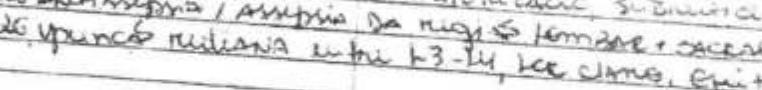
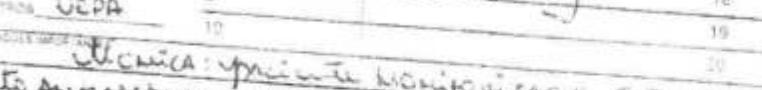
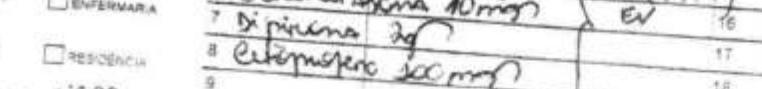
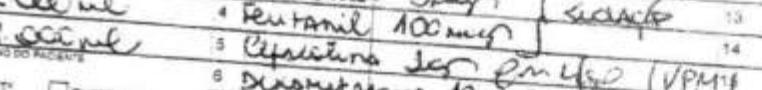
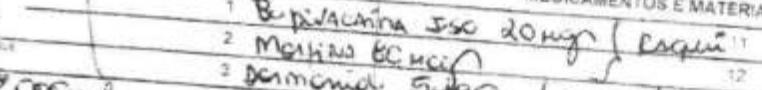
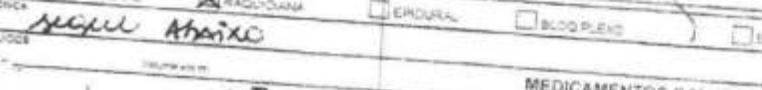
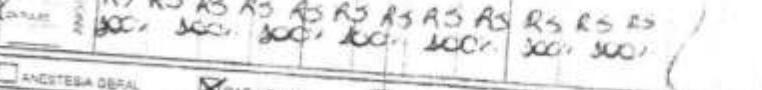
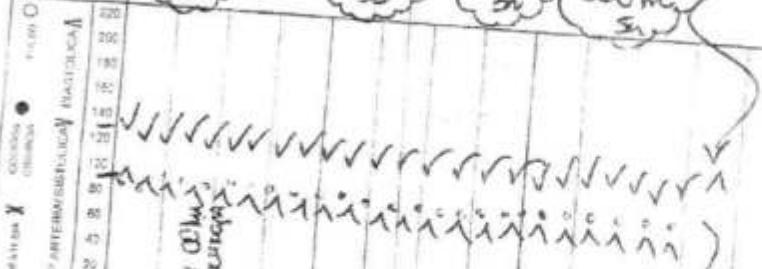
yepa

500ml se 500ml se 500ml se 500ml se



Paciente eucarintado
para yepa, sem intubação
Estável hemodinamicamente

TP: 12x80 mmHg
SBP: 300 mmHg
FC: 82 bpm



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
EMERGÊNCIA
CONTENDO NÃO VERIFICADO

63 Ano 2018

Gabinete Segurança SA
Av. Dom Pedro I, 176 Bl. A sala 101 Pernambuco

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- 1 Beclometasona 500 20mg (cogum)
- 2 Metformina 800 mg
- 3 Dormônio 5mg
- 4 Fentanil 100 mcg
- 5 Dipiridamol 200 mg (VPM)
- 6 Desonartetetona 10mg EV
- 7 Dipiridamol 200 mg
- 8 Cetapropox 300 mg
- 9
- 10

ASSINATURA ANESTETISTA

DR. EDSON CARVALHO

Clínica: paciente monitorizado, sedado com fáce 10 en MSF
fleite Spn nspira / nspira da rugas tembore + cecre ypta RAGUNATHA com aplica
ção de yprado nitroso entre 13-14, 100 clams, muito satisfatório

Brasil - Rio de Janeiro
27 de Agosto de 1945
a. 1074345
Região da Serra da Bica
Cometa Peltier
1975

SOMO FUSCO M
SOMO RINGO M
SOLI COLES
RECOST ESTRELLAS
IN IN DIA

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 AUG 2018

Gente Seguradora S.A.
Av. Dom Pedro I, 775 SL. 106-João Pessoa/PB

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

ACT001

Nome: Júlio de Lima Góes RE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: Integredis EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Dr. Hélio Góes - Retirada de tumor da base da língua
 Cirurgião: Dr. Hélio Góes 1º Assistente: Dr. Sérgio Lemos
 2º Assistente: Dr. Pimentel 3º Assistente: Dr. Bento (anest)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|------------------------------------|-----|
| <u>Piora da fístula endovenosa</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| <u>Tumor de Queratino de base da língua</u> | |
| <u>ca. Fístula endovenosa</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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPRAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 Anj 2018

Centro de Referência SIA
Av. Dom Pedro I, 116 S/ Jd. José de Freitas/PB

Médico/CRM: _____

D. Bento
63 Anj 2018

João Pessoa, 06/03/2018



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
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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Getúlio Vargas - UPAE



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONÇALO PESSOA - CNES: #54561 - 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 PEREIRA DE LIMA | | | | Paiz SEVERINO ALVES | |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) SUELEN GOMES LIRA - ESPOSO(A) | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988530319 | DDD Fijo | Fone Fijo | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2887802 | Nº Crn | | | |
| Local de procedência CUITEGI | | Type MUNICÍPIO | UF PB | | |
| mail | Naturalidade | CEP 58208000 | Logradouro SITIO CHAN DA BOA ESPERANCA | | |
| Endereço | Complemento | UF PB | Bairro ZONA RURAL | | |
| Admissão | | | | | |
| Data e Hora 08/04/2018 19:24:13 | Número da pulseira 1000005155520 | Centro 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 | | |

Atende Transponde
AMU

Sinais Vitais

| | | | | |
|----|---|------|----|-------------|
| PA | X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|----|---|------|----|-------------|

Razo X () Parique ()
Dados clínicos



Assinado por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



GOVERNO
DA PARANÁ

AV. ORESTES LÍBIA, 11 - REUNIÃO CENTRAL - CABEDELO - PB

Boletim de Atendimento: 1074348



Identificação do paciente

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| ID 1278507 | Name JOELIO DE LIMA ALVES | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 08/11/1985 | Idade 32 anos 5 meses | Estado civil Religião |
| Mae NOEMIA PEREIRA DE LIMA | | Pai SEVERINO ALVES |
| Endereço | | Morada ENDERECO: Rua SILENIO ROMES LIRA - ESPOSO(4) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988530319 | Nº CHS |
| Tipo documento: RG (IDENTIDADE) | Número documento 2887602 | UF PB |
| Lota de procedência: CUTIEGI | | Município CONCEIÇÃO DA BOA ESPERANÇA |
| Email | | ZONA RURAL |
| Endereço | Residência | MUNICÍPIO |
| CEP 58205000 | Município procedência CUTIEGI | UF |
| Número SN | Comunidade | Convenio SUS |

Admissão

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Data e Hora 08/04/2018 19:24:13 | Número da pulseira 1000005155520 |
|------------------------------------|-------------------------------------|

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Clinica

Origem do paciente
RUA

Detalhe do acidente:
VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Vôto de ambulância Não | Transp. Quem deslocou |
| Meio de transporte: SAMU | | | Não |

Sinais Vitais

PA

X

mmHg

P.A.

100 mmHg

Exames complementares

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

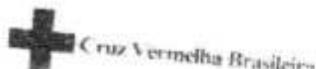
int. no d. apres. d. 19/04/2018
bientek adesivo 11 d. d. de acomodação
100 081 Dr. Renata C. Coimbra
Enfermeiro
SCREN/MAIS/PB

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

Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

| | | | |
|--|----------------------|--|---------------------------------------|
| Paciente JOELIO DE LIMA ALVES | BAE 1074348 | Data/Hora Entrada 08/04/2018 19:24:13 | Date Saída |
| Data de nascimento 08/11/1985 | 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 |
| Acidente VEICULO X VEICULO | Motivo QUEDA | Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA | UF PB |
| Data/Hora Classificação 08/04/2018 19:24:13 | | Data/Hora Prescrição 08/04/2018 19:33:11 | Nº Cons. Regional 3792/PB |
| anamnese FACT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+DOR E EFORMAÇÃO DE MIESO | | | |
| 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

(83) 988530319

CR 20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Dr. OFIAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

63 ACO 2018

Gesta Seguradora SIA
Av. Dom Pedro I, 776 S/ 106-John Pessoa/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

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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 | Telefone de Contato (83) 988530319 |
| Mãe NOEMIA PERIEA DE LIMA | | CNS | 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

EXAME CLINICO:
REAVALIO PACIENTE, DOR INESPESÍFICA A PALPAÇÃO DO ABDOME
OCÍLITO FAST.**EXAME DE IMAGEM****ULTRASSONOGRAFIA - FAST****Conduta**

Em observação

JOELIO DE LIMA ALVES

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

Boletoim 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
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME —
JOELIO DE LIMA ALVES



DOC. NÚMERO DA ORG. EMISSOR UF —
2807802 **SSP** **PB**

CPF —
076.075.694-56 DATA NASCIMENTO
08/11/1985

FILIAÇÃO —
SEVERINO ALVES

NOEMIA PEREIRA DE LIMA

PERMISSÃO —

ACC —

CATEGORIA —

AB

Nº REGISTRO —
04359517334

VALIDADE —
12/03/2023

1ª HABILITAÇÃO —
13/05/2008

COMENTAÇÕES —



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL —
GUARABIRA, PB

DATA EMISSÃO —
22/03/2018

61692761941
PB036459917

ASSINATURA DO ENTREGUE

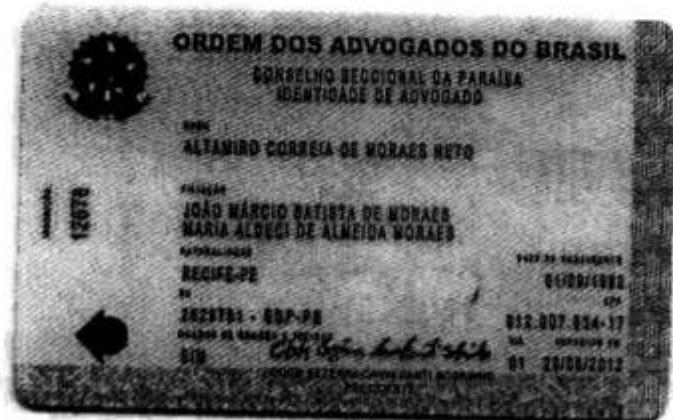
PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638629310

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638629310



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 4-3 2013

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 1775 SL 105-João Pessoa/PB

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

NOME —
JOELIO DE LIMA ALVES



DOC. NÚMERO DA ORG. EMISSOR UF —
2807802 **SSP** **PB**

CPF —
076.075.694-56 DATA NASCIMENTO
08/11/1985

FILIAÇÃO —
SEVERINO ALVES

NOEMIA PEREIRA DE LIMA

PERMISSÃO —

ACC —

CATEGORIA —

AB

Nº REGISTRO —
04359517334

VALIDADE —
12/03/2023

1ª HABILITAÇÃO —
13/05/2008

COMENTAÇÕES —



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL —
GUARABIRA, PB

DATA EMISSÃO —
22/03/2018

61692761941
PB036459917

ASSINATURA DO ENTREGUE

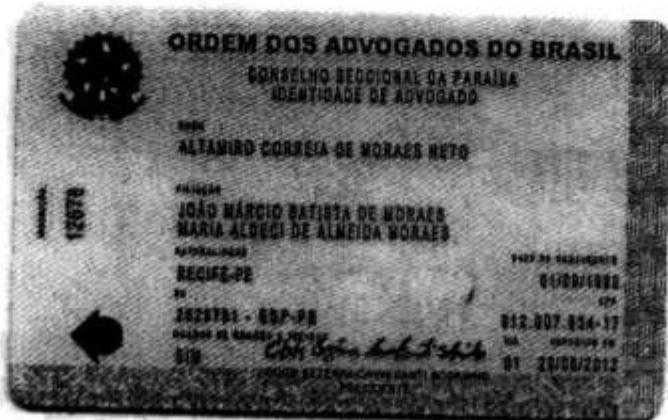
PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638629310

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638629310



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014081975805
COD. PLACA: 20180400013660
PLACA: 0031553123 B
DATA: 07/00000000
ANO: 2018

JOELIO DE LIMA ALVES

RESIDENCIAL

RUA: 04

BAIRRO: 04

CEP: 58040-000

Cidade: 04

UF: PB

MUNICÍPIO: 04

PAIS: 04

SEXO: 04

ESTADO: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

PLACA: 04

UF: 04

PAÍS: 04

TIPO: 04

VEÍCULO: 04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014081975805
DATA DE EMISSÃO: 2018/07/01
PLACA: 03155123-B
VALIDADE: 2019

JOELIO DE LIMA ALVES

RESIDENTE EM:

03155123-B

CEP: 58020-000

MUNICÍPIO: 03155123-B

UF: PB

DATA DE Nascimento: 06/01/02

SEXO: FEMININO

PAIS / MOTO/CICLO/VEÍCULO

HONDA/XRE 300

PLACA: 03155123-B

DATA DE MANUTENÇÃO:

01/01/19

VALORES PAGOS:

PARTE 1: R\$ 291,77

PARTE 2: R\$ 291,77

PARTE 3: R\$ 291,77

PARTE 4: R\$ 291,77

PARTE 5: R\$ 291,77

PARTE 6: R\$ 291,77

PARTE 7: R\$ 291,77

PARTE 8: R\$ 291,77

PARTE 9: R\$ 291,77

PARTE 10: R\$ 291,77

PARTE 11: R\$ 291,77

PARTE 12: R\$ 291,77

PARTE 13: R\$ 291,77

PARTE 14: R\$ 291,77

CONFIRMAR

CONFIRMAR

CLIQUE OBRIGATÓRIAMENTE NA LINHA DE CÂMOS DE SEGURO DO VÉHICULO

AVISOS AUTOMOTORES: SEU VÉHICULO PODE SER AFETADO POR DIFERENTES TIPOS DE DANOS. FAÇA UMA LEIA-TO VERSÃO COMPLETA DA COBERTURA DE DANOS NO SITES OFICIAIS DA SEGURO DPVAT.

PB Nº 014081975803 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA-NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
[WWW.SEGURADORAVIDER.COM.BR](http://www.seguradoralider.com.br)
SAC DPVAT 0800 622 1204

| | | | |
|------------|----------------|------------|----------------|
| 03155123-B | 07607569456-CV | 03155123-B | 07607569456-CV |
| 03155123-B | 07607569456-CV | 03155123-B | 07607569456-CV |
| 03155123-B | 07607569456-CV | 03155123-B | 07607569456-CV |
| 03155123-B | 07607569456-CV | 03155123-B | 07607569456-CV |
| 03155123-B | 07607569456-CV | 03155123-B | 07607569456-CV |

PRÉMIO TARIFÁRIO

| | | | |
|---------|----------|---------|----------|
| PREMIOS | OPERAÇÃO | PREMIOS | OPERAÇÃO |
| ***** | ***** | ***** | ***** |
| ***** | ***** | ***** | ***** |
| ***** | ***** | ***** | ***** |
| ***** | ***** | ***** | ***** |

| | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| SEGURADO | PRÉMIO | SEGURADO | PRÉMIO |
| <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 | <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 |
| <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 | <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 |
| <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 | <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 |
| <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 | <input type="checkbox"/> | R\$ 1.400,00 |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04
14839-1097218-20180001

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

1400,00

**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 FÉMUR 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?

[**X**] Sim [] Não

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

FRATURAS DE TÍBIA E FÉMUR 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 [**X**] 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 ás 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

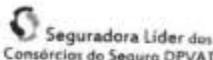
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

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



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 médica-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 Noemila 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

Data do acidente: 08/04/2018

CPF: 076.075.694-56

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

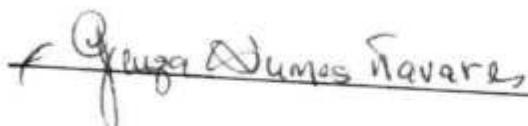
EU, **GEUZA NUNES TAVARES**, BRASILEIRA, DIVORCIADA, CORRETORA, PORTADORA DA CÉDULA DE IDENTIDADE RG Nº 540.326 SSDS-PB – 2º Via, RESIDENTE E DOMICILIADA NA PRAÇA MONSENHOR RAFAEL DE BARROS, Nº 110, CENTRO, SANTA RITA-PB, CEP:58300-160 REPRESENTANTE (curatela anexa) DA SRA. **ANDRADINA AMBROSINA TAVARES**, 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 COMPARCIMENTO 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





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: HOUVE 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: HOUVE 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: HOUVE 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 - OSTEOSÍTESE (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 - OSTEOSÍTESE (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 AJUZAMENTO 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.

JOELIO DE LIMA ALVES
CPF nº 076.075.694-56

OUTORGANTE





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 AJUZAMENTO 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.

JOELIO DE LIMA ALVES
CPF nº 076.075.694-56

OUTORGANTE





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.**

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
CPF nº 076.075.694-56

OUTORGANTE



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

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E FIDUCIAL
Av. Dom Pedro I, nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 58200-000 - Fone: (83) 3271-1251
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
JOELIO DE LIMA ALVES.....
Em testada verdade, Guarabira-PB 04/02/2019 15:04:55
BENEFÍCIO: TOSCANO DE SALES - T10017
[2019-00088036100047] FAPENDE 0,29 FEIJ:R 1,500000 0,30
SELLO DIGITAL: AID47941-B3P
Confira a autenticidade no <http://selodigital.toscano.com.br>

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/02/2019

Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

CPF: 012.007.834-17

Data do cadastramento: 08/02/2019

Nome: ALINE GOMES DE BRITO

CPF: 079.445.364-30

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: JOELIO DE LIMA ALVES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/12/2018

Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

Data do cadastramento: 27/12/2018

Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

ALINE GOMES DE BRITO