
Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177185

Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177185

Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Data do Acidente: 20/03/2018

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



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177185

Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000625-4

Conta: 000010012858-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO L



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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 044.202.054-66 Nome completo da vítima: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE CPF: 044.202.054-66
 Profissão: AG. DE TRANSITO Endereço: R. GETULIO VARGAS Número: 271 Complemento: _____
 Bairro: CENTRO Cidade: SAPE Estado: PR CEP: 58.340-000
 E-mail: JONATAS_HUGO@HOTMAIL.COM Tel (DDD): 43 99161-9181

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0695 4 CONTA: 12.858 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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 CIVI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando o cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: SAPE-PR, 14.02.2019
 Nome: JONATAS H. DA SILVA CAVALCANTE
 CPF: 044.202.054-66

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Jonatas Hugo da Silva Cavalcante
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

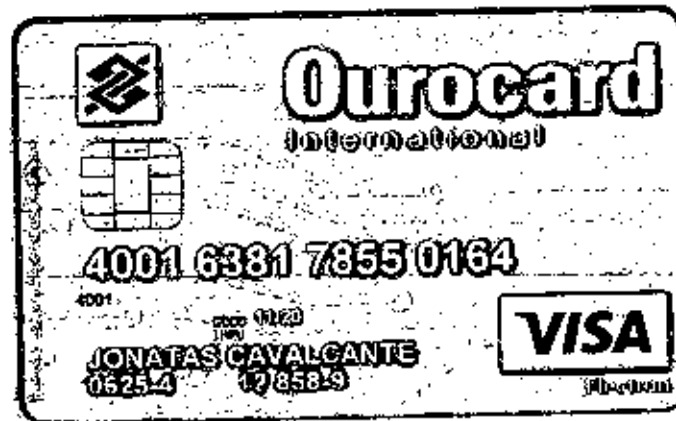
1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

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-fé ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Conta Poupança

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

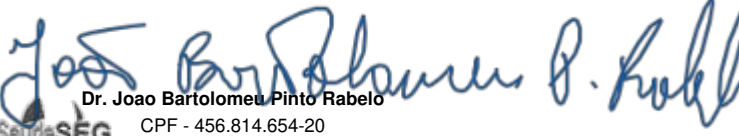
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190177185
Nome do(a) Examinado(a): Jonatas Hugo da Silva Cavalcante
Endereço do(a) Examinado(a): Av Getulio Vargas, 271
Centro Sape PB CEP: 58340-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2875499
Data local do acidente: [20/03/2018]
Data local do exame: [15/03/2019] 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 DO COLO DO FÊMUR DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS CANULADOS, FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 18/10/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL DIREITO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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 à valoração do dano corporal.

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


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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 836/2018

IN 9

Aos (09) Nove dias de Maio (05) de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SAPÉ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). FRANCISCO DE ASSIS ARAUJO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 21h:24min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE, conhecido por HUGO, Identidade nº 2875499-SSP/PB, CPF nº 044.202.054-66, nacionalidade brasileiro, estado civil: união estável, profissão: AGENTE DE TRANSITO, filho(a) de Severino De Souza Cavalcante E De Irene Da Silva Cavalcante, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/01/1984 (34 anos de idade), do sexo MASC, residente e domiciliado(a) no(a) Av. Getulio Vargas, Nº 271, Centro, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato: 3283 2218 e 3283 2513.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTO
- 2) DATA DO FATO: 20 DE MARÇO DE 2018;
- 3) HORÁRIO: 12h:10 min;
- 4) LOCAL: SAPÉ/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

O NOTICIANTE RELATA QUE NO DIA 20 DE MARÇO, DO CORRENTE ANO, NA RUA CAPITÃO FELIX ANTONIO, NESTA CIDADE DE SAPÉ/PB, ESTAVA TRAFEGANDO NA MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, DE COR VERMELHA, ANO E MODELO 2017, DE PLACAS QFV 0205/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR436499 EM NOME DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ/PB; QUE AO SE APROXIMAR DO GIRADOURO, NAS PROXIMIDADES DO CEMITÉRIO VELHO, NA SAÍDA PARA A CIDADE DE MARI/PB, FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO FIAT UNO, DE PLACAS NÃO IDENTIFICADO, QUE FEZ UMA MANOBRA NEGLIGENTE, E PARA O NOTICIANTE NÃO COLIDIR COM O FIAT UNO, FREOU A MOTOCICLETA QUE ESTAVA REPENTENINANTE, OCASIONANDO A QUEDA DO NOTICIANTE; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL SÁ ANDRADE DE SAPÉ/PB, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA; QUE EM DECORRÊNCIA DA QUEDA QUE SOFREU QUEBROU SEU COLO DE FEMUR DA PERNA DIREITA, TENDO PASSADO 08 (OITO) DIAS INTERNADO NO REFERIDO HOSPITAL, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA, ONDE FOI COLOCADO PARAFUSOS NO MEMBRO PARA A CICATRIZAÇÃO DO MESMO; QUE QUANDO SOFREU O ACIDENTE ESTAVA A SERVIÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ/PB.

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

Sapé/PB, 09 de Maio de 2018.

RECEBIDO

21 FEV 2019

Seguradora Líder DPVAT

Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Atestamos a presente certidão, expedida fiel ao original apresentado. Em testemunho da verdade:
Sapé-PB 31/08/2018 11:05:37
Márcia de Lourdes Castro Rosário - Escrevente
(2018-006661) ENL:RS 2,37 FAPENERS 0,28 FEPDIR 0,47
SELLO DIGITAL: AHC29053-UTIR
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipb.ios.br>

Dr. Genivaldo Ribeiro Castro 1741 - Gen - Sapé
Pessoa - CPF: 31.565.000-00 e 00.000.000-00
Sócio Lúcia M. Feliciano - 00.000.000-00

Jonatas Hugo da Silva Cavalcante
JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE
Comunicante

NOTÁRIO PÚBLICO
Sérgio Lúcio M. Feliciano
Tabela de Honorários
Márcia de Lourdes Castro Rosário
Escrevente
Av. Com. E.



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMN** (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ **INVALEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 044.202.054-66 Nome completo da vítima: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

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

Nome completo: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE CPF: 044.202.054-66
Profissão: AG. DE TRANSITOR. GETULIO VARGAS Endereço: _____ Número: 271 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: SAPE Estado: PR CEP: 58.340-000
E-mail: JONATAS_HUGO@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): 83 99161-9181

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

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

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

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

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

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0695 4 CONTA: 12.858 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 INVALEZ 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SAPE-PR, 14.02.2019
Nome: JONATAS H. DA SILVA CAVALCANTE
CPF: 044.202.054-66

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Jonatas Hugo da Silva Cavalcante
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**

DECLARAÇÃO

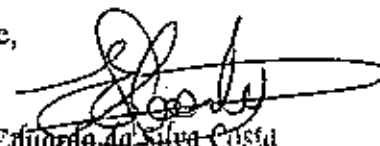
ATO

Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE, residente na Rua Getúlio Vargas 359, - Centro – Sapé- PB, Nascido em 06/01/1984 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 20/03/2018, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde, realizado Rx. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 04 de Setembro de 2018

Atenciosamente,


Eduardo da Silva Costa
Diretor Geral
MAT 2122473

EDUARDO DA SILVA COSTA
Diretor Geral

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000010012858-0

Nr. da Autenticação CC7C506BE259859E



Comprovante de residência



00309227



CTC RECIFE PE PL7
JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE
AV GETULIO VARGAS 271
CENTRO
58340-000 SAPE PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99161 9181	de 16/07/2018 a 15/08/2018	09/09/2018	R\$ 44,99

Valor pago na última conta: R\$ 21,50

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais

Oferta Coniunta Claro MIX

Aplicativos Digitais

Aplicativos Digitais

Controle Mais 2.SGB + Minutos Locais Limitados (145)

Permanência PF - Claro Controle Mais 2GB + 100 minutos (válido até 03/08/2018)

Total do Mês

R\$ 44,99

R\$ 44,99

Total a Pagar**R\$ 44,99**

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não representam ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ou ligue, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mensagem:

Para mais detalhes:



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE	106086773	16/07/18 a 15/08/18	R\$ 44,99	09/09/18
Claro NE-DDD 81 a 89				

84840000000-3 | 449902212018 | 809001040880 | 77301418122-3

Atenção: Atencionalmente não rasgar, dobrar ou pedir para
para da mesa, para não danificar o código de barras

Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/9313-3163
Fax: (83) 3234-0000 - Sapê - PB



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: Hospital Regional Dr. Sá Andrade

CÓDIGO DA UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.836.438/0001-31

ENDEREÇO: Rua Gentil Lins, 46 - Centro

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: donato Hugo da Silva PACIENTE doente

PROFISSÃO: agente de triagem SEXO: F IDADE: 34

ENDEREÇO: R. Epitácio Pessoa 359

MUNICÍPIO: Sapé ESTADO: PE UF: PE

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2545302 CNS: 209818190360009

DATA DO NASCIMENTO: 06/01/84 DATA DO ATENDIMENTO: 20/03/18

CPF: _____

NOME DA MÃE: _____

TELEFONE: _____

RACIA/COR
☐ 1 - BRANCA ☐ 12 - PRETA ☐ 13 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 15 - INDÍGENA ☐ 16 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

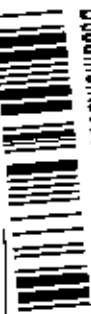
Indivíduo de sexo masculino, negro, casado, com um quadro de depressão crônica.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

At = 100 x 60

RESULTADOS:

Documentação médica - hospitalar



MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. *Paracetamol 500mg*
2. *Exames de laboratório*
3. *Prescrição de medicamentos*
4. _____

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO.
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO.
☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Procedimento diagnóstico: Depressão

CID-10 _____

MEDICAÇÃO:
☐ PRESCRITA
☐ APLICADA
ENCAMINHAMENTO:
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. *0131014106101611*
2. *0131014106101611*
3. *0131014106101611*

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS _____ CBO _____

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PEGUE O DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1070408 e PRONTUÁRIO nº 107758

PACIENTE: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

DATA DE NASCIMENTO: 06.01.84

Data e Hora do Atendimento: 20.03.18

Horário: 14:31h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente de SAPÉ apresentando quadro de dor no quadril direito com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Carlos Frederico Torres CRM 9301, Dr. Flavio P. Ribeiro CRM 6453, Dr. Francinelo Freitas CRM 9603

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO CID 10 S 72 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 28.03.18 com redução e fixação de fratura do colo do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 28.03.18 às 16:57h

Feliciano da Silva

Rev. Car. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - OAB - PB

Revista: OAB de 2000 (revista) 100 (2000)

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.

Revista: Lúcia M. M. Freitas, Feliciano S.



Serviço Notarial e Registral

Autentico a presente cópia, representando fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade:

Sape-PB 31/08/2018 11:05:37

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente

[2018-006660] EML-RS 2.37 FAPENRS 0.28-FEPJ-RS 0.47

SELO DIGITAL: #B29052-9C59

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVM/HETSHL
CRM - 3920

Data da Emissão: 26.06.18

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e
Senador Humberto Lucena

ALERGIA

ALERGIA

O portador apresenta reações
substâncias:

O portador apresenta reações
substâncias:

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312

Boletim de Atendimento: 1070408

35700000 DILATADO
35700000 DILATADO
ANS

Identificação do paciente

ID 1272263	Nome JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE	Sexo Masculino
Data de nascimento 06/01/1994	Idade 34 anos 2 meses 14 dias	Estado civil Religião
Mãe IRENE DA SILVA CAVALCANTE	Pai SEVERINO DE SOUZA CAVALCANTE	Resposta Responsável (Parentesco) HERBERT JUNIOR - IRMÃO(A)
Escolaridade	Forma Morte Forma Morte	Forma Morte Forma Morte
DDI Móvel 53	Forma Morte 551438911	Forma Morte Forma Morte
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3875499	Forma Morte Forma Morte
Local de procedência SAPE	Naturalidade SANTA RITA	Forma Morte Forma Morte
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	Forma Morte Forma Morte

Endereço

CEP 53340000	Município de residência SAPE	UF PE
Número 271	Complemento	Logradouro PRESIDENTE GERTULIO VARGAS
		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 20/03/2018 14:31:53	Número da pulseira 10006294938	Convênio SUS
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	Detalhe do acidente ACIDENTE DE TRABALHO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quant transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Exame clínico de rotina de rotina, com resultados positivos para o exame de rotina de rotina.

Diagnóstico	CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 04seg

Isolado de rotina de rotina
Enfermeiro
COREN-PB 500757

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

32165365

Paciente JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE	BAE 1079408	Data/Hora Entrada 20/03/2018 14:31:53	Data Baixa
Data de nascimento 05/01/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS 709705183765093
Mãe IRENE DA SILVA CAVALCANTE			Telefone de Contato (83) 991436811
Endereço PRESIDENTE GERTULIO VARGAS, 271	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente ACIDENTE DE TRABALHO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 20/03/2018 14:31:53	Data/Hora Prescrição 20/03/2018 16:17:07		
Convênio JS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

P: DOR EM QUADRIL DIR APOS TRAUMA NO MESMO

DS: TRAUMA INDIRETO EM QUADRIL

DO: DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX: FRATURA DE COLO DO FEMUR DIR

QUADRE-OP + INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Oluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA. (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Oluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

PARACETAMOL 750MG (COMPRIMIDO), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA ORAL, 12/12H

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAFIA COMPLETA
COAGULOGRAFIA COMPLETA LESKA PEREIRA LIMA em 20/03/2018 14:31:57

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SANGUE

CREATININA

CID10

Código	Descrição
S72.0	Fratura do colo do fêmur

Conduta

Internar Paciente

JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BÔULITREAU
(CRM 9301/PB)



Coat of Arms of the State of Paraíba



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE		BAE 1070408	Data/Hora Entrada 20/03/2018 14:31:53	Data Baixa
Data de nascimento 06/01/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS 708705183765093	Telefone de Contato (83) 991436011
Mãe IRENE DA SILVA CAVALCANTE				Prontuário
Endereço PRESIDENTE GERTULIO VARGAS, 271		Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente ACIDENTE DE TRABALHO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FLAVIO PESSOA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 0453/PB
Data/Hora Classificação 20/03/2018 14:31:53			Data/Hora Prescrição 20/03/2018 14:39:21	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

anamnese

CT: VITIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERE DOR EM QUADRIL E COXA DIR, SEM OUTRAS QUEIXAS
AO EXAME: ABD INOCENTE
CD: RX: ORTOPEDIA: ALTA DA CIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Flavio P. Ribeiro
Médico de Emergência
FLAVIO PESSOA RIBEIRO
(0453/PB)

SUS

SISTEMA UNIFICADO
DE REGISTRO E CONTROLE
DO SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, CEP)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ALICERÇADA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE 1º TIPO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE 1º TIPO I

☐ DIÁRIA DE 1º TIPO II

☐ DIÁRIA DE 1º TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

KOMPATZO - Gx. BARRA CANULADO 6,5 - 01
BARRA CANULADO Nº 8,0 - 01
BARRA Nº 10 - 01
BARRA Nº 9,5 - 01
ARREZAR - 02

ARTESINATSE - FIO DE KIRSCHNER Nº 2,0 (USO GROSSO) - 06
QUILA

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - DOCUMENTO

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

38 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

40 - DOCUMENTO

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

42 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

(CNS) (CPF)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: João da Silva da S. Cabral BE/Prontuário: 123456
Idade: 34 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 20/10/21
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de calcâneo
Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Alexandre
2º Assistente: Dr. Victor 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de calcâneo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de calcâneo</u>	
<u>Exatoma</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 20/10/21



CONSELHO NACIONAL
DE ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DEFENSA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em posição de decúbito dorsal, com a cabeça elevada e o membro a ser operado em posição de flexão.
Incisão: Incisão longitudinal, com 10 cm de extensão, na região da pele.
Achados: Fôrmula de 10% de gordura (1).
Conduta: Realização de incisão em mesa de tração, com a pele estendida. Realização de incisão de 10 cm de extensão, com 3 pontos de sutura. Realização de sutura com fio de seda 3/0, com 3 pontos de sutura.
Fechamento: Sutura com fio de seda 3/0.
Observação:

Dr. (a) _____

João Pessoa, _____

Médico/CRM: _____

34-10-10-108
NOME: JENIAS HUGO DA SILVA CARVALHO DE
ENDEREÇO: RUA POLONIA DE CECILIA DE FARIAS (1)
CITY: GUSTAVIN PAIS
MUNICIPIO: RAQUEL + SEDACAO
ESTADO: DICA - KILLINE
DATA: 26/03/18
FIM 18 2018

[illegible]

10/10/85 R. Oliveira
 Técnico Enfermagem
 COREN-PR: 911.375



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Visita Pré Anestésica

Anes

11/01

23.03.18 DATA 1070 408

13.000.000

NOME DO PACIENTE	Joniado Nino da Silva		
Idade	34	Sexo	Masculino
Profissão	Doutor		
Patologia principal	Infarto de miocárdio		
Cirurgia	Anestesia pré-operatória		

Dor no peito, angina?	☐	Diabetes?	☐	Alergia a drogas?	☐
Infarto?	☐	Doença da tireóide?	☐	Quedas clínicas?	☐
Pressão alta?	☐	Mudança no hábito intestinal?	☐	Tratamento?	☐
Suor, febre reumática?	☐	Modificação no apetite?	☐	Alergia a pó, lã, odor, alimentos?	☐
Arritmia, taquicardia?	☐	Quemose, azia, H. de hino, dor?	☐	Queda clínicas?	☐
aus. esforços?	☐	Náuseas, vômitos?	☐	Tratamento?	☐
Forma de MMII?	☐	Mudança no hábito intestinal?	☐	Alergia a derivados de animais?	☐
Alta de decúbito?	☐	Alimentação na cor das fezes?	☐	Quedas clínicas?	☐
aus. esforços?	☐	Perda de peso e dieta?	☐	Tratamento?	☐
Asma/broquíte?	☐	Hepática, icterícia, melária, Chagas?	☐	PARA CRIANÇAS (v. 14 anos)	
Tosse/catarro? (cor)	☐	Anemia?	☐	A criança é prematura?	☐
Fumante: há	☐	Sangramento? (onde?)	☐	A criança tem (de desenvolvimento)?	☐
anos. Parou há	☐	Hematomas/manchas roxas?	☐	A criança está grávida, chaga, febre?	☐
Dermatoses, tochas?	☐	Gripe, febre, reações?	☐	A criança tem outra doença?	☐
Convulsões, abalos, tremores?	☐	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	☐	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:	
Fraqueza muscular, miopatia?	☐	Tem problema de audição, visão?	☐	[] diabetes [] doença cardiovascular [] etc.	
Dor nas juntas, artrite, osteoporose?	☐	Teve febre alta quando foi operado?	☐	[] Febre alta durante a anestesia?	
Problema de coluna?	☐	Recebeu transfusão de sangue? Há	☐	[] Problema durante a anestesia?	
Estima social?	☐	Acusa transfusão de sangue emergência?	☐	Qual?	
Aicodina: há	☐				

Doença importante da história e no EF

Cirurgia / Anestesia Prévia: Complicação

Medicamento (Dose)

Diabetes	Diabetes de 1º tipo	Medicamento (Dose)
Não conseguiu sentir	Há 14 anos	Não
Forma de Nino		
Problema de Nino		

EXAME FÍSICO			
PA: 140/90	PA: 140/90	PA: 140/90	PA: 140/90
FC: 100	FC: 100	FC: 100	FC: 100
Temperatura: 36,5	Temperatura: 36,5	Temperatura: 36,5	Temperatura: 36,5
Pressão arterial: 140/90	Pressão arterial: 140/90	Pressão arterial: 140/90	Pressão arterial: 140/90
Respiração: normal	Respiração: normal	Respiração: normal	Respiração: normal
Coração: normal	Coração: normal	Coração: normal	Coração: normal
Abdomen: normal	Abdomen: normal	Abdomen: normal	Abdomen: normal
Extremidades: normal	Extremidades: normal	Extremidades: normal	Extremidades: normal

Análise de perfuração e testes com C.C. e			
Exames Subj. e Obj. DA ANESTESIA	Exames Subj. e Obj. DA ANESTESIA	Exames Subj. e Obj. DA ANESTESIA	Exames Subj. e Obj. DA ANESTESIA
HR: 140	HR: 140	HR: 140	HR: 140
FC: 100	FC: 100	FC: 100	FC: 100
PA: 140/90	PA: 140/90	PA: 140/90	PA: 140/90
Temperatura: 36,5	Temperatura: 36,5	Temperatura: 36,5	Temperatura: 36,5
Respiração: normal	Respiração: normal	Respiração: normal	Respiração: normal
Coração: normal	Coração: normal	Coração: normal	Coração: normal
Abdomen: normal	Abdomen: normal	Abdomen: normal	Abdomen: normal
Extremidades: normal	Extremidades: normal	Extremidades: normal	Extremidades: normal

Retorno: 1	Retorno: 2	Retorno: 3	Retorno: 4
Retorno: 5	Retorno: 6	Retorno: 7	Retorno: 8
Retorno: 9	Retorno: 10	Retorno: 11	Retorno: 12

RETORNOS: [] NÃO [] SIM	Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/ Clínica. Qual:
---------------------------	--

(VIDE VERSO)	MÉDICO: Ana C. Lima	CRP: 1070 408
--------------	---------------------	---------------

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDIÇÃO FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDIÇÃO FINAL:	[] Liberado para cirurgia
	[] Reavaliar no momento motivo(s):
	[] Reavaliar na SO motivo(s):
DATA: 11/01	[] NÃO LIBERADO p/ CIRURGIA motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES	
------------------	--

MÉDICO: Ana C. Lima	CRP: 1070 408
---------------------	---------------

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200687140
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 0112007042-0 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE

CPF / CNPJ 08917080000156 PLACA QFV0205/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0810HR436499

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / cil 2 P/162 /CI CATEGORIA OFICIAL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª 00/00/0000
2ª
3ª
FAIXA I.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 24/07/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAPE-PB LOCAL DATA 27/07/2018
16497 13870

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

PB Nº 014200687140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
CAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/07/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 08917080000156 PLACA QFV0205/PB

RENAVAM 1120070420 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2017 COTA ÚNICA 9 CHASSI 9C2KD0810HR436499

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 24/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.948.608/0001-04

13870-0946131-20180727



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Sape-PB 05/09/2018 12:26:28
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
(2018-006766) EPL-PE 2.37 FAPEN-PE 0.28 FEPJ-PE 0.47
SELLO DIGITAL: 44629138-758
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipb.ins.br>

SEGURO LÍDER - DPVAT
Sede: Rua do Comércio, 17 - Centro - Sape - PB
Fone: (33) 3333-3333
CEP 56.540-000 Sape - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
CAVALCANTE

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073506/19

Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

CPF: 044.202.054-66

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2018

Titular do CPF: JONATAS HUGO DA SILVA
CAVALCANTE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE : 044.202.054-66

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: 27/02/2019
Nome: JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE
CPF: 044.202.054-66

JONATAS HUGO DA SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
GABINETE DO PREFEITO**

PORTARIA Nº 028/2017

Sapé, 02 de janeiro de 2017.

O PREFEITO CONSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO

DE SAPÉ, Estado da Paraíba, no uso das atribuições que lhe confere o art. 68, inciso XI c/c o art. 88, inciso I, todos da Lei Orgânica do Município de Sapé, e Lei nº 1.161/2014 da Estrutura Administrativa do Município, de 06 de janeiro de 2014.

RESOLVE

Nomear o senhor **JOSÉ WILSON DO NASCIMENTO**, para exercer o cargo de provimento em comissão de Superintendente Municipal de Trânsito-**SMTRANS**, símbolo, CADS-02.

Gabinete do Prefeito, em 02 de janeiro de 2017.

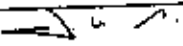
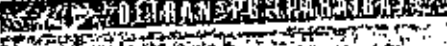


FLAVIO ROBERTO MALHEIROS FELICIANO

Prefeito

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
Registrado às fls. 024 do livro N° 63
Em, 02 de 01 de 2017
[Assinatura]
Diretor de Dir. Recursos Humanos

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
PUBLICADO DO DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO
Fonte FAMUP
DE junho 2017 AS FLS. 19
DESTA DATA
Em 05 de junho de 2017
[Assinatura]
Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
REABILITACAO DE HABITACAO			
NOME		JOSE WILSON DO NASCIMENTO	
	DOC. IDENTIFIC. / OUTRO NOME		16862
	CID		BBS.062.744-00
	DATA NASCIMENTO		29/03/1973
FAMILIA		LORENDO ANTONIO DO NASCIMENTO LAURA GOMES PEREIRA	
FOTO		2	2
N.º IDENTIFIC.		00497295198	09/11/1999
			
LOCAL		JOAO PESSOA, PB	
DATA		29/09/2014	
ASSINATURA		Roberto Carneiro	
N.º IDENTIFIC.		09896208514	
N.º IDENTIFIC.		09029334772	
			

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

971869773

971869773

PARTE DO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
CAVALCANTE

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177185 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS HUGO DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50