

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO FELIX DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180129847**

Vitima: **FERNANDO FELIX DA SILVA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180129847**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12552382



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO FELIX DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180129847**  
Vitima: **FERNANDO FELIX DA SILVA**  
Data do Acidente: **30/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180129847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO FELIX DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180129847**  
Vitima: **FERNANDO FELIX DA SILVA**  
Data do Acidente: **30/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180129847**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13394368



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou (800) 221205  
exclusivo para pessoas com deficiência auditiva

**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 crédito e 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) e 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 do ASL

CPI da vítima

Nome completo da vítima

096.442.094-56

FERNANDO FELIX DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

FERNANDO FELIX DA SILVA

Cadastreço

2. ENQUILTE HONORÁRIO DE FORTES R. 115

Cidade

BAHIA DE JERU

Estado

SP

E-mail

CPI titular da conta

096.442.094-56

Profissão

PROFESSOR

Número

04

Complemento

65.494

Estado

SP

CEP

Telefone (DDD)

13 5567-1130

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

**SABEM SEGURADORA S/A**

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ CONTA EMPANÇA (somente para os bancos abaixo - Assinale a opção)

☐ BRANESCO (230)

☐ BANCO DO BRASIL (007)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar digito verificador)

(Informar digito verificador)

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 1.000,00

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

AGÊNCIA

Nº

(Informar digito verificador)

22 MAR 2012

**RECEBIDO**

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 Carlos da Silva

Local e data

Fernando Felix da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00423.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00423.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:11 horas do dia 05 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fernando Felix da Silva**, CPF nº 046.112.044-56, nacionalidade brasileira, estado civil casado(s), identidade de gênero masculino, profissão Motociclista, filho(a) de Francisco Pereira Felix e Ivanildo Faustino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmar Honório de Freitas Filho, Nº SN, complemento QD. 199, LT. 9, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Aquamare, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98816-3082.

**Dados do(s) Fatos:**

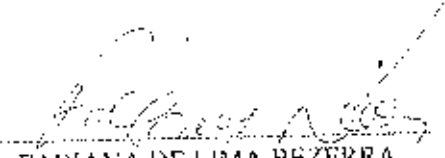
Local: Av. Goias, Extra, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Estados; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data-Hora: 30/09/17 13:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

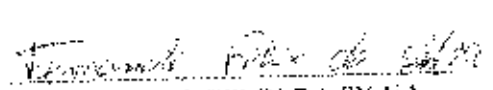
Que conduzia a **MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI VERMELHA**, 2016/2016, PLACA QFM6775/PB, CHASSI 9C2KC2200GR053451, registrada em nome **PAULO SILVANO RAMALHO MEDEIROS**, quando ao passar por um cruzamento com a Av. Para colidiu num **CARRO COROLLA, PRATA**, NAO IDENTIFICANDO, vindo a lesionar-se conforme **LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE**, CRM 3323/PB, DATADO DE 22.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU. Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(o) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

  
FERNANDO FELIX DA SILVA

Notificante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221306 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

FERREIRA, FÉLIX DA SILVA

CPF da Vítima

046.442.049-20

Data do Acidente

20/09/18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atenda 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.

Ferreira, Félix da Silva, de 04/09/18 de 2018

Local e Data

Ferreira, Félix da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
192

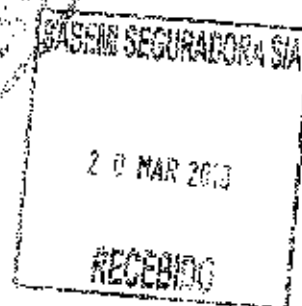
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58055-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/052, **DECLARA** para os devidos fins que consta em nossos registros, sob protocolo 1837341, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FERNANDO FELIX DA SILVA** de 34 anos vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 30/09/2017 na Av. Góes, Bairro dos Estados - João Pessoa - aproximadamente às 13:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 13 de Outubro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CREI nº Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Ed. para Deb. Autmatiz. 3: D16.186F 4563

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista para próxima liberação:	CPE/ENP/RENI
Fev/2018	05/02/2018	08/03/2018	43-200458

**Canal de Contato**  
 O Canal de Contato Energia Ambiental (CCEA) é formado por 10 integrantes, de 20 de abril de 2017, com o objetivo de facilitar a comunicação entre a comunidade e a Agência Ambiental Energia Ambiental.

Sub-Grupo de Classificação Anual:	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2
-----------------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	---

[illegible]

Indicadores de Qualidade

**ATENÇÃO**

1. The first group of respondents (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The second group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position not related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The third group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently unemployed. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The fourth group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The fifth group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position not related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The sixth group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently unemployed. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The seventh group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The eighth group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position not related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The ninth group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently unemployed. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study. The tenth group (n = 10) was composed of students who had completed the course and were currently employed in a position related to their field of study. These respondents were contacted via email and invited to participate in the study.

VENCIAMENTO 14/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 1.399,84

38C00000C1-5 35940149003-4 15581662013-3 029000010-8-8

\_\_\_\_\_

SABER SECURADORA S/A  
7 DE MAR 2013  
RECEBIDO



Ed. para Deb. Autmatiz. 3: D16.186F.6563

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista para próxima liberação:	CPE/ENP/RENI
Fev/2018	05/02/2018	08/03/2018	43-200458

**Canal de Contato**  
 O Canal de Contato Energia Ambiental (CCEA) é formado por 10 integrantes, de 20 de abril de 2017, com o objetivo de facilitar a comunicação entre a comunidade e a Agência Ambiental Energia Ambiental.

[illegible][illegible]

Indicadores de Qualidade

**ATENÇÃO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

VENCIMENTO 14/02/2018 TOTAL A PAGAR 867,38 R\$

\_\_\_\_\_

SAGEMI SINCERADORA S/A  
7 DE MAR 2010  
RECEBIDO

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO SILVANO RAMALHO MEDEIROS,

RG nº 06.273.641/234, data de expedição 11 / 01 / 16,

Órgão DETRAN - RJ, portador do CPF nº 32.1.190.914-20, com domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua BRÍNCIDIS RIBEIRA DA SILVA, Nº 204, Bairro DE SÃO, Nº 300,

complemento 304, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima TERENÇA ELIX DA SILVA, cujo o condutor era

TERENÇA ELIX DA SILVA

Veículo: FIAT PRisma 1.0 16V FAN 650

Modelo: 2016

Ano: 2016

Placa: QAM-6793 PD

Chassi: 9C2 RC 21062093454

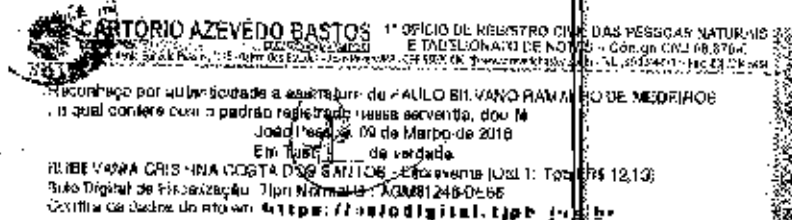
Data do Acidente: 20/04/18

Local e Data: João Pessoa, 09 de Março de 2018



Paulo Silvano Ramalho de Medeiros  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Fernando felix da Silva  
DATA DE NASCIMENTO 20/11/82  
NOME DA MÃE Francisca Ferreira Felix

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104560  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1031066  
DATA DO ATENDIMENTO 30/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 13:53  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero D  
CID 10 S42.3

SISTEM SEGUROTORA SIA

20 MAR 2018

RECEBIDO

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, sob efeito de bebida alcoólica, com trauma em braço direito, escoriações locais, dor intensa em braço D, hematoma e desvio do membro, limitação de movimentos, sem outras queixas. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX braço D

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx: fratura de úmero D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero direito

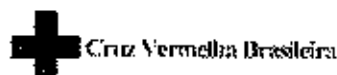
ALTA HOSPITALAR: 07/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 22/01/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



<b>Identificação do paciente</b>					
ID 726502	Nome <b>FERNANDO FELIX DA SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>	
Data de nascimento 20/11/1982	Idade 34 anos 10 meses 10 dias	Estatu civil <b>CASADO(A)</b>	Religião <b>CATOLICA</b>	Formulário	
Mãe <b>FRANCISCA PEREIRA FELIX</b>			Pai <b>IVANILDO FAUSTINO DA SILVA</b>		
Escala escolaridade <b>MEDIO COMPLETO</b>			Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988163082			DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento 2611455			Nº Cns 210103259400000	
Lugar de procedência <b>BAIRRO DOS ESTADOS</b>			Tipo <b>BAIRRO</b>	UF <b>PB</b>	
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>			CDOR	
<b>Endereço</b>					
CEP 58027695	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>JOÃO DE BRITO LIMA MOURA</b>		
Número 189	Complemento			Bairro <b>ALTO DO GÊU</b>	
<b>Admissão</b>					
Data e Hora 30/09/2017 13:53:25	Número da pulseira <b>1000006307584</b>			Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>			Clinica		
Classificação de risco			Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>			Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	
<b>Indicadores e Transporte</b>					
Caso colínei <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Via de ambulância <b>Não</b>	Tratante <b>Não</b>		
Meio de transporte <b>SAMU</b>			Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>					
PA _____X_____mmHg	Pulsos		Temperatura		
<b>Exames complementares</b>					
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]
Ultrasomografia [ ]					
<p>RAIO X CONSECUTIVO, QUEMORAIS APRESENTA DS CLAR E ESCLEROSAS EM MSD deprimidos OSTEO De AS) OK KA)</p>					
Diagnóstico					CID
Atendida por <b>ANELLY ARAUJO DOS SANTOS</b>					Tempo 53seg



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>FERNANDO FELIX DA SILVA</b>		BAE <b>1031066</b>	Data/Hora Entrada <b>30/09/2017 13:53:25</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>20/11/1982</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>210105259400000</b>	Telefone de Contato <b>(83) 968163082</b>
Mãe <b>FRANCISCA PEREIRA FELIX</b>				Prontuário
Endereço <b>JOÃO DE BRITO LIMA MOURA, 199</b>		Bairro <b>ALTO DO CÉU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>7149/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>30/09/2017 13:57:37</b>			Data/Hora Prescrição <b>30/09/2017 18:23:40</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula	Sentença	

## Anamnese

Paciente sob efeito de bebidas alcoólicas, sofreu acidente de moto com trauma no braço direito, escoriações local, queixando-se de dor intensa no braço direito, grande hematoma, desvio do membro e limitação de movimentos. tórax n.d.n. abdômen n.d.n. membros inferiores em alterações. está lúcido, orientado e consciente, eupneico, sem déficit motor aparente.

alta da cirurgia geral

ORTOPEDIA

RX DO UMERO - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

EFO: NEUROVASCULAR OK

CD: INTERNO PARATTO CIRURGICO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/H, 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% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

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

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>FERNANDO FELIX DA SILVA</b>	BAE <b>1031066</b>	Data/Hora Entrada <b>30/09/2017 13:53:25</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>20/11/1982</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>210103259400000</b>
Mãe <b>FRANCISCA PEREIRA FELIX</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988163082</b>		Prontuário
Endereço <b>JOÃO DE BRITO LIMA MOURA, 199</b>	Bairro <b>ALTO DO CÉU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>3945/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>30/09/2017 13:57:37</b>	Data/Hora Prescrição <b>30/09/2017 14:06:36</b>		
Convênio <b>S</b>	Nº Matricula	Senha	

### Anamnese

paciente sob efeito de bebidas alcoólicas, sofreu acidente de moto com trauma no braço direito, escoriações local, queixando-se de dor intensa no braço direito, grande hematoma, desvio do membro e limitação de movimentos. tórax ndn. abdômen ndn. membros inferiores em alterações. está lúcido, orientado e consciente, eupneico, sem déficit motor aparente.  
alta da cirurgia geral

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)  
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

### UIDADOS

AFERIR PA E FC  
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

### CID10

Código	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero

### Conduta

Em observação

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO  
(3945/PB)

FERNANDO FELIX DA SILVA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNE: 2778698 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO

Em: 02/10/2017 06:40:29

Paciente <b>FERNANDO FELIX DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1031066</b>	Data/Hora Entrada <b>30/09/2017 13:53:25</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>20/11/1982</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>210103259400006</b>
Tempo de Internação <b>1d 11h 53min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>104580</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 02/10/2017 06:40:25)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2 DIH  
FRATURA DE UMERU  
BEG LOTE FEN  
DOR LEVE EM UMERU  
SEM ALT NNVV  
CDT  
AGUARDA EXAMESSeção: ARCA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 12  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





**SUS**

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

3 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CMS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. BOE. 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 - DIAGNÓST. DO INÍCIO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO II

☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Fuo see Kuehmer N. 50-0-01  
Agulha see Pileto N. 50-0-01

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-010

Nome: Fernando Felix da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 05/10/17  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fratura de Diáfise de Ulna e P  
 Cirurgião: Dr. Roberto Carneiro 1º Assistente: Dr. Alisson  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Diáfise de Ulna e P</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento de Fratura de Diáfise de Ulna e P</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. Victor Lima  
Médico  
CRM 81990  
10/10/2017

João Pessoa

05/10/17

4

971.136



HEBTSHL  
RUA...

# Termo de Autorização para Procedimentos Cirúrgicos

HEBTSHL

17.5-29

Pelo presente Termo de Autorização, para os devidos fins legais, que após ouvirmos o médico da Equipe Cirúrgica do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sênior Humberto Lucena - HEBTSHL, ficamos absolutamente informados das condições clínicas do

paciente Fernando Felix da Silva.

portador de RG \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_ Autorizo a realização

do procedimento (diagnóstico e/ou terapêutico) Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur

Desde já estou ciente das principais complicações que poderão ocorrer durante o procedimento e nas primeiras 24-48 horas após a sua realização. Estas raramente ocorrem, incluem complicações maiores listadas a seguir.

1. Infarto agudo do miocárdio;
2. Bloqueio cardíaco;
3. Choque anafilático;
4. Acidente Vascular Cerebral;
5. Trombose arterial aguda;
6. Pseudo aneurisma na artéria femoral;
7. Necessidade de cirurgia de urgência;
8. Óbito.

Por isso na condição de familiar do mesmo, ficamos cientes da gravidade do seu quadro de saúde e dos recursos disponíveis do hospital, concordando com sua permanência nesse hospital e autorizando qualquer procedimento cirúrgico que se faça necessário para sua recuperação.

João Pessoa, 11 de outubro de 17

Paciente/Responsável Fernando Felix da Silva

CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Dr. Matheus Barreto  
Médico Cirurgião  
CRM 10.000

Médico CRM



CRÓZYMELIA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



ARTESIL

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. DDH da Anestesia Geral
2. Anestesia o Antissepsia
3. Campos Estêreis

Incisão:



Achados:

1. Fratura de Diáfise de  
úmero Direito

Conduta:

1. Redução em litot.  
sob Escopio.
2. Fixação Per cutânea  
com Fio de Steinmann  
3-3.

Fechamento:

1. Curativo Estéril

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Ricardo Linhares  
CRM 10.100-0  
CRM 10.100-0

João Pessoa

05/10/17  
F(NG).ASCIR.009-2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEBENTUR

DEBENTUR Nº 613221534689  
Emissão de Debentura de Garantia de Veículo  
1.948.133.19.3.100/90000000 201

PAULO CLEVINO ROMALHO MEDEIROS

12/06/75

ALCOYLASCH

VERMELHA

2016

12/02/75

13/07/2017

800 PANAMERICANO SA

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA  
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

DPVAT Nº 613221534689 01/05/80 DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VPP 40  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
VPP 40 - CONDIÇÕES GERAIS DE  
SEGURO DPVAT 05/08/2017

2016 11/07/2017

01/05/80 01/05/80 01/05/80

2016 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

01/05/80 01/05/80 01/05/80

SABEMI SEGURODORA S/A  
20 MAR 2018  
RECEBIDO

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **FRANCAZO, MARIA DO CARLOS**DATA DO ACIDENTE **06/05/2013** CPF DA VITIMA **036.113.016-56**

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR **EX VITIMA** ( ) REPRESENTANTE LEGAL ( ) OUTRO ( ) OUTRO

A VITIMA É

## ENDEREÇO DO PORTADOR

RUA **COM. JACINTO** BAIRRO **BARRO**CIDADE **UF** CEP **CEP**E-MAIL **TELEFONE**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) RECEBIMENTO DE OCORRÊNCIA Emissão pelo Autorizado Policial (Cópia Autêntica e Legal)

(X) CERTIFICADO DE LAUSÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal)

(X) TITULAR DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (Cópia Simples e Legal)

(X) CTE DA VITIMA (Cópia Simples e Legal)

(X) LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PASSAGEM / CREDITO DE INDEVIDAÇÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal) QUE DOCUMENTA QUE COMPROVAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO ÚLTIMA DEPOSITO DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CERTIFICADO DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DA DOCUMENTAÇÃO (Cópia Autêntica e Legal) QUE DOCUMENTA QUE COMPROVAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO ÚLTIMA DEPOSITO DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

SISTEMA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) RECIBO DO OCORRÊNCIA Emissão pelo Autorizado Policial (Cópia Autêntica e Legal)

(X) CERTIFICADO DE LAUSÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal)

(X) LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PASSAGEM / CREDITO DE INDEVIDAÇÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal) QUE DOCUMENTA QUE COMPROVAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO ÚLTIMA DEPOSITO DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

(X) CERTIFICADO DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DA DOCUMENTAÇÃO (Cópia Autêntica e Legal) QUE DOCUMENTA QUE COMPROVAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO ÚLTIMA DEPOSITO DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) RECIBO DO OCORRÊNCIA Emissão pelo Autorizado Policial (Cópia Autêntica e Legal)

(X) CERTIFICADO DE LAUSÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal)

(X) LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

(X) RECIBO DO OCORRÊNCIA Emissão pelo Autorizado Policial (Cópia Autêntica e Legal)

(X) CERTIFICADO DE LAUSÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal)

(X) LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (Cópia Autêntica e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PASSAGEM / CREDITO DE INDEVIDAÇÃO DA VITIMA (Cópia Autêntica e Legal) QUE DOCUMENTA QUE COMPROVAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO ÚLTIMA DEPOSITO DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

(X) CERTIFICADO DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DA DOCUMENTAÇÃO (Cópia Autêntica e Legal) QUE DOCUMENTA QUE COMPROVAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO ÚLTIMA DEPOSITO DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVA RESIDÊNCIA (Cópia Simples e Legal)

(X) BOLETIM DE AUTISMO (Cópia Autêntica e Legal)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180129847

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FERNANDO FELIX DA SILVA

**Data do acidente:** 30/09/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO DIREITO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, ÂNGULO DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES E EXAMES DE IMAGEM.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**