

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE**

Nº Sinistro: **3180558881**

Vítima: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE**

Data do Acidente: **26/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180558881**.

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 13649380



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

646-448.124-04

Nome completo da vítima

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		646-448.124-04		SERVIÇOS GERAIS	
Endereço		Número		Complemento	
RUA MARIA FERREIRA LEITE		50		00333A-T370	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
MANGABEIRA	JOÃO PESSOA	PARAIBA	58059-706	(83) 98733-1642	
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. 0036

D/V

CONTA

NRO. 8402

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 24 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

[Assinatura de João Pessoa]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08837.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08837.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:01 horas do dia 23 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Valderêdo Elpidio dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1273051, ao final assinado, compareceu **Marcos dos Santos Alexandre**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Serviços Gerais, filho(a) de Geralda dos Santos Alexandre e Jose Antonio Alexandre, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 27/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Rua Maria Ferreira Leite, Nº 50, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto Psf, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-7608.

Dados do(s) Fatos:

Local: Perto do Pão de Açúcar, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/06/18 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conta que foi atropelado pelo veículo CLIO, cor branca, placas não se recorda; quando trafegava na sua motocicleta HONDA POP 100 ANO 2104, COR VERMELHA, PLACA QFD-8215/PB; Que o condutor do veículo socorreu o noticiante, FATO OCORRIDO no local e horário acima mencionado; Que posteriormente apresentará a placa do veículo causador do acidente; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA A FIM DE QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

ADENDO(S):

Que na data 23/11/2018, à(s) 14:47 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LER-SE DATA/HORA: 27/06/18 LEIA-SE: DATA/HORA: 26/06/2018.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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





João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2018.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE
Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

CPF da Vítima

646.448.124-04

Data do Acidente

26/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 27 de Novembro de 2018

Local e Data

Marcos dos Santos Alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CNPJ 08.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 809/011, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2114593, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** idade 50 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 26/06/2018, na Av. Guarabira, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 12:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 06 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000008402-4

Nr. da Autenticação CFB12CB1B8175D1A

DANILLO SOUZA DE PAIVA
RUA MARIA FERREIRA LEITE, 50 / QD 211A, LT 370 - MANGABERA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58058-708 (AG. 1)

Emissão: 14/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B200, km 25 - Cota Rodante - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: B - 5 - 398 - 2280 Nº medidor: 00001341984

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CHP: 09-095 180/0004-40 InqEst: 16 015 820-0

Nota Fica / Conta de Energia Elétrica 17010803200
Cód. para Deb. Automático: 90046571727

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018 14/08/2018 12/09/2018 367.128.044-0
Inq. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1057172-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 13/07/18	Leitura 7819	Data 14/08/18	Leitura 7906	

Demonstrativo		Valor Base Calc.		Alig. (valor R\$)		Base Calc. (R\$)		Cálculo (R\$)	
Descrição		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		(1/0845) (R\$)	
0601	Consumo em kWh	88.000	0.717830	63,57	83,57	25	15,97	63,57	0,69
0601	Adic. B. Vermelha	8,45	8,45	25	1,81	8,45	0,97	0,97	0,97
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA	2,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 07/2018	0,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 07/2018	1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 75,53 75,53 17,58 70,32 0,75 0,51

Média últimos meses (kWh)
39

VENCIMENTO
21/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 75,53

Histórico de Consumo (kWh)

52 | 4 | 2 | 5 | 21 | 171 | 173 | 191 | 27 | 4 | 43 | 151
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO 2abc.cbc8.62bd.e72b.742f.fb06.3cb5.f5e5.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
TRIMESTRAL	10,28	0,00	NOMINAL	220
ANUAL	20,77			
TRIMESTRAL	0,23	0,00	CONTRATADA	220
ANUAL	0,47		LIMITE INFERIOR	221
TRIMESTRAL	12,35		LIMITE SUPERIOR	221
ANUAL	2,54	0,00		
DMC	12,22			
DCRI				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	18,89	25,00
Contribuição de Energia	24,37	32,27
Serviço de Transmissão	2,58	3,42
Encargos Setoriais	4,87	6,45
Impostos Diretos e Encargos	27,06	35,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	75,53	100,00

Valor do ELSD (Ref. 6/2018): R\$ 11,38

Letra confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV SECURCS S.A. - ADMINISTRAÇÃO S/A

27/08/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PAPAIBA
Roteiro: B - 5 - 398 - 2280
Matrícula: 1057172-2018-03-0

VENCIMENTO
21/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 75,53

83690000000-8 75530149000-8 10571722018-7 08000005019-7





CTC RECIFE PE PL6
ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
RUA PROF CORINA MARIA RABELO 28
JOSE AMERICO ALMEIDA
58073-270 - JOAO PESSOA - PB



7213512820 26968 00004314393 30 200418



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADEGILSON ROBERTO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 491.464.754/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.448.324/04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.448.324/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>RUA PROFª CORINA MARIA RABELO</u>		Número	<u>28</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JOSE AMERICO DE ALMEIDA</u>	Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>		Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP					CEP	<u>58073-270</u>
E-mail	<u>ADEGILSONSEGUROS@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83)99375-3739</u>		Telefone celular (DDD)
			<u>(83)98713-1642</u>			

João Pessoa de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Adegilson Roberto dos Santos
Assinatura do Declarante

36

CERTIDÃO

Nº. 1429/2018

Atendendo solicitação de **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 139821 pertencentes o requerente que foi atendido dia 26/06/2018 às 13H33min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em em joelho e punho esquerdos.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de platô proximal esquerdo + rádio distal esquerdo. Encaminhado para outro órgão hospitalar.

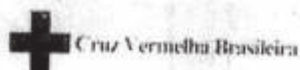
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1090773



Identificação do paciente

ID 1301159	Nome MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE	Sexo Masculino
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49 anos 6 meses 30 dias	Estado civil Prontuário
Mãe GERALDA DOS SANTOS ALEXANDRE	Pai JOSE ANTONIO ALEXANDRE	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANA PAULO SANTOS DE LIMA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988550372	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1281317	Nº Cns
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58059245	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA ISABEL RIBEIRO
Número 4516	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 26/06/2018 18:37:26	Número da pulseira 1000059889990	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 VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p><i>Para segue o acidente de moto segue encaminhado para vituperada segue</i></p> <p><i>conduta futura segue sub</i></p>						
Diagnóstico	CID					
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 01min 36seg					

Imprimir

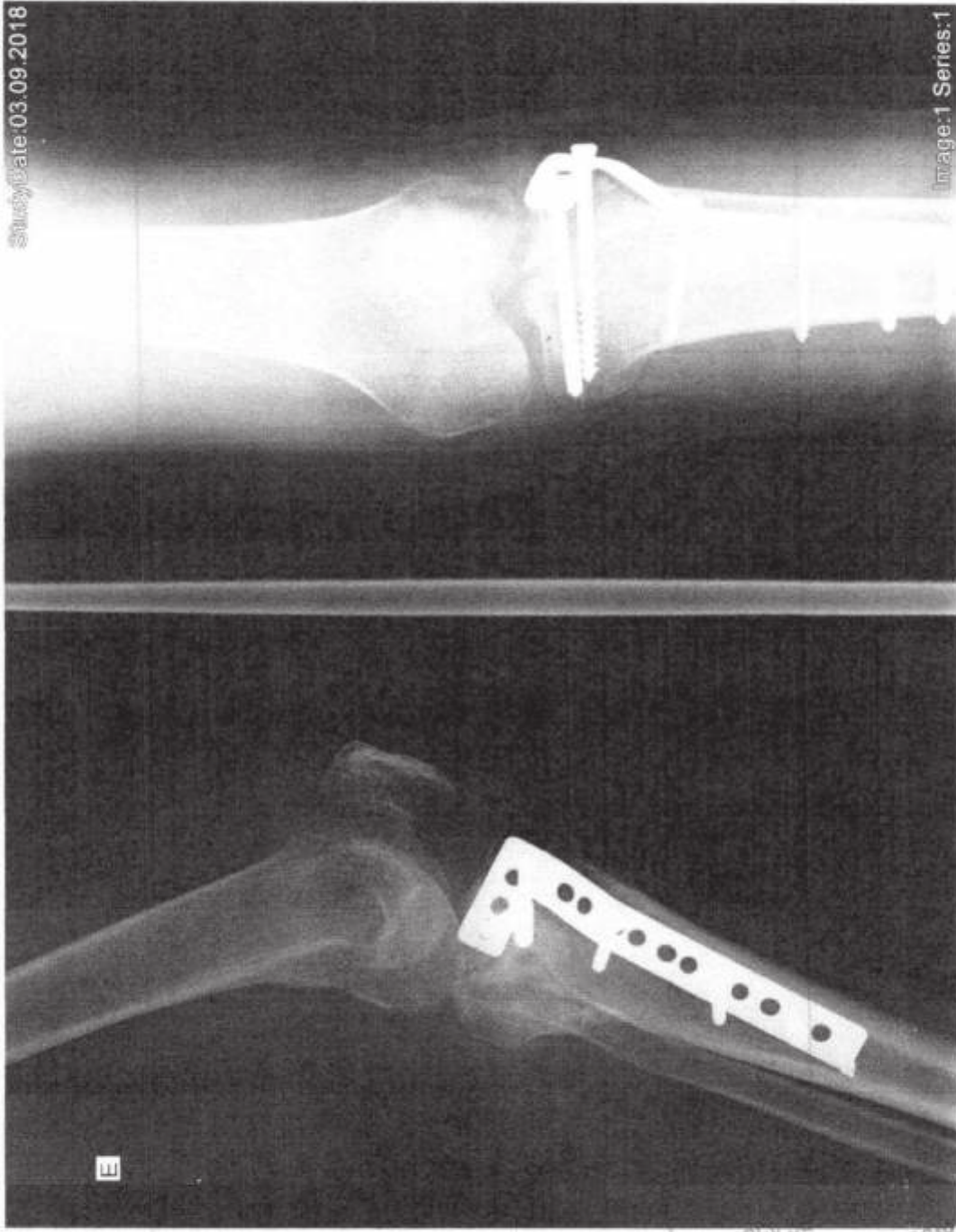
COMPREV SEGUR PREVIDENCIA S/A

27 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA

Wilmara Carla Andrade
Enfermeira
COREN-PB 821.662

PatientID: 000000067278 Sex: Masculino
Name: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE BirthDate: 27.11.1968
Age: 49a.



COMPRESSÃO
27 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
DENCIA S/A.

PatientID: 000000067278

Sex: Masculino

PatientName: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

BirthDate: 27.11.1968

Age: 49a.

StudyDate: 03.09.2018



COMPREV SEGR

27 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HTOP



HOSPITAL
SANTA HELENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FORM 0001

NOME: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** BE/PRONTUÁRIO: **1090773**
IDADE: **49** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **08/08/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR KARTNEY** 1º ASS: **DR ROBERTO ALMEIDA**
2º ASS: **DR PACELLI** 3º ASS: **MR FRANCINELIO**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO COM PLACA BLOQUEADA EM L E PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAIS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **08/08/2018**

Dr. Francinelo Freitas
Médico
CRM PB 9603
INS 703404579057601

COMPREV
COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

10/07/2018

NOME: **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** BE/PRONTUÁRIO: **1090773**
 IDADE: **49** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **04/07/2018**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO**
 CIRURGIÃO: **DR. MILTON BARBOSA** 1º ASS: **DR. PACELLI**
 2º ASS: **MRI FRANCINELIO** 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DRA. SOCORRO**
 TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

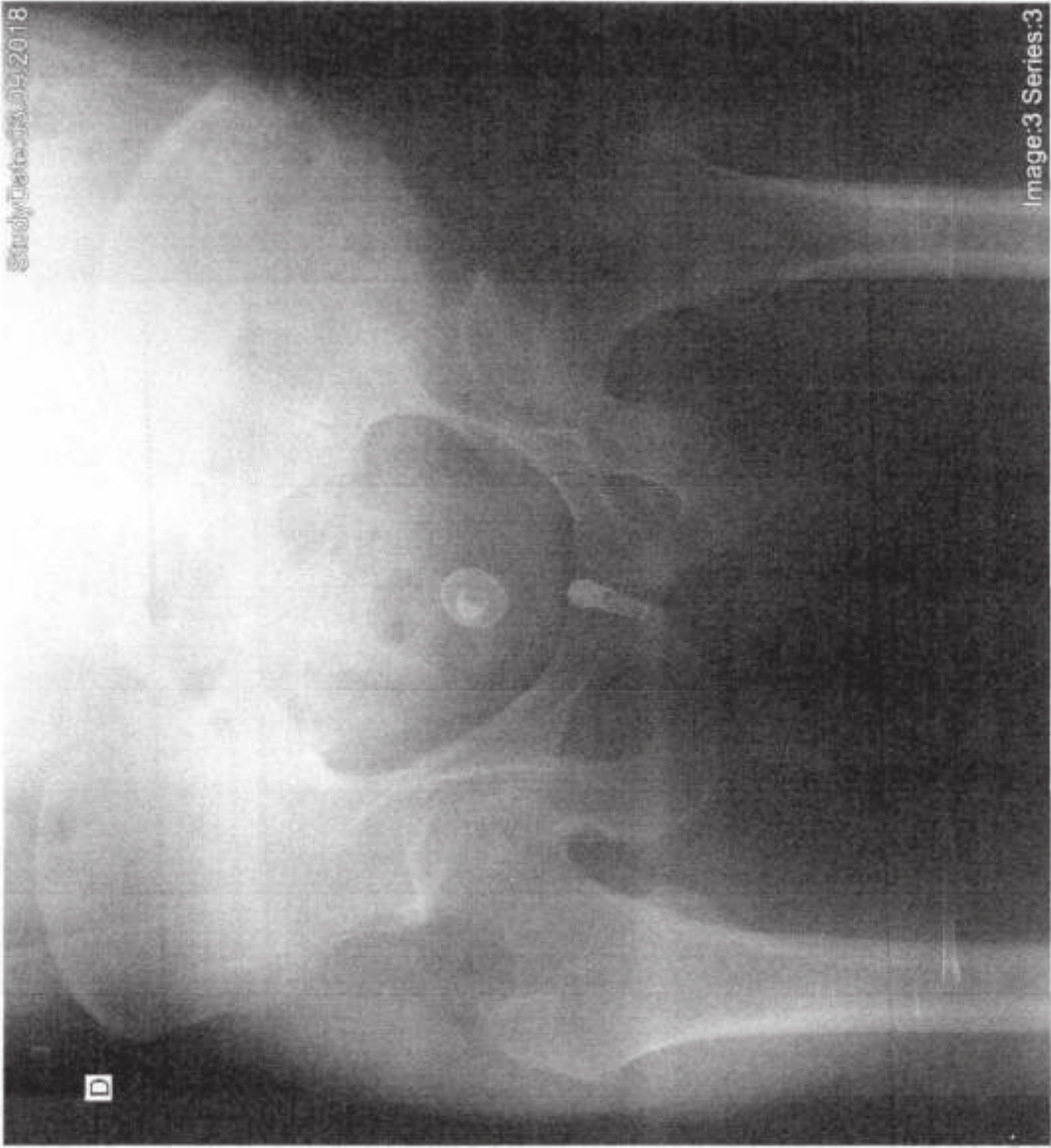
MÉDICO/CRM:

DATA:

04/07/2018

Dr. Francinello
Médico
CRM-FS 9603
CNS 703404579057800

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 NOV. 2018
PROTOCOLO
AGUARDANDO PESSOA

<p>PatientID: 000000067278 Name: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE Sex: Masculino BirthDate: 27.11.1968 Age: 49a.</p>	
	<p>StudyDate: 05.09.2018 Image: 3 Series: 3</p>
<p>COM COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A 27 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA</p>	<p>HTOP</p>

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO VOLAR PARA RADIO DISTAL
DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 3X3 FUROS + PARAFUSOS
CORTICAIS SOB AUXILIO DE ESCOPIA
FIXAÇÃO DE ESTILOIDE DO RADIO COM FIO DE KIRSHNER
LIMPEZA COM SF
Fechamento:
CURATIVOS
RX DE CONTROLE
IMOBILIZAÇÃO EM TALA LUVA.
Observação:

Médico/CRM:

Feitas
15/03
145-034045/9067800

João Pessoa,

04/07/2018

COMPREV
COMPREV SECURCS E RESPONSABILIDADE
27 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Marcos dos Santos Alexandre**
 IDADE: **49 A** SEXO: **M** PRONTUÁRIO: **1090773** ENFERMARI: **T.C.3** LEITO: **43**
 CIRURGIA: **Pro. Cirúrgico - Fratura de Rádio distal (E)**
 CIRURGIÃO: **Dr. Miller ALX Dr. Paralele**
 ANESTESIA: **Bloqueio**
 ANESTESISTA: **Dr. Camila**
 INSTRUMENTADOR: **Girleene**
 DATA: **04/07/18** TIPO CIRÚRGICO: **ANESTESIA INICIO 14:00 CIRURGIA INICIO 15:30 FIM 15:15**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA: **ASA 1** (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: **() LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA**

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	SRL 500 OK	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	S.F. 500 OK	KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0 1	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
ETNOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	1 PVPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº 1 1	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
EVOLUPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
EVOLUPIVACAÍNA S VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C VASO	1 AGULHA 13X4.5	LUVA ESTERIL Nº7.0	L	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL Nº7.5	L	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	1 AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL Nº8.0	0	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTERIL Nº8.5	1	FITA CARDIACA	
NMBILUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFLUADOR DE SORO	1	CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	01	FIO DE KIRSCHNER Nº 2.0 - ficou no paciente	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	L SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFALOXINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
IRONA SODICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	03
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	0	SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA	
GLICONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	01	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASETRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	01
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			02
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			01
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº	
Clonidina	1	GAZES	02	FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES ALGODOADAS	01	FIO ALGODÃO C/A Nº	
		GEL ELETROLITICO	OK	FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			
		LAP	02		
		ANTEBRACO	01		
		BAND. RAQUEO	01		

EQUIPAMENTOS
 () ASPIRADOR
 () BISTURI ELETRICO
 () CAPNOGRAFO
 () CARDIOMONITOR
 () DESFIBRILADOR
 () FOCO AUXILIAR
 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCOPIO
 () OXIMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
 () PERFLUADOR ELETRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE

Agulha de plexo A100 - B - Braun
 Cleonora M. Nobrega
 COREN-PA 337.234-TE
 FINGO ASCIR 021-2



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 04/08/2018 14:06:20

Paciente MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		Boletim de Atendimento 1090773	Data/Hora Entrada 26/06/2018 18:37:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 14:06:09)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

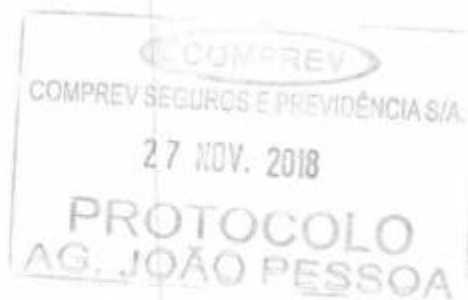
ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS E OU INTERCORRENCIAS EM LEITO COMUM DE ENFERMARIA
AGUARDA PARECER DA CARDIOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA
AO EXAME: BEG, NORMOCORADO, BOA PERFUSAO DISTAL, BOA CONDIÇÕES DE PELE
CONDUTA: REMARCAR CIRURGIA.

Seção: HTOP - APARTAMENTO 05 Leito: LEITO 02
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 02/08/2018 17:16:45

Paciente MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		Boletim de Atendimento 1090773	Data/Hora Entrada 20/06/2018 18:37:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 02/08/2018 17:04:04)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

cirurgia suspensa devido horário.

cd: vpm

staff: dr arão + dr lauri + dr thalles seabra

Seção: HTOP - APARTAMENTO 05 Leito: LEITO 02

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

T3



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MARCIA
FERNANDA DE ALMEIDA
GADELHA
Em: 29/06/2018 17:38:16

Paciente MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		Boletim de Atendimento 1090773	Data/Hora Entrada 26/06/2018 18:37:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 29/06/2018 16:38:01)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clínica médica

paciente com cirurgia agendada para o dia 02-07, sem queixas, apresenta ecg em anexo sem sinais de isquemia, porém sem risco cirúrgico presente; exames de laboratório de 27-06 com leuco de 15200 sem antibioticoterapia.

conduta: início ceftriaxona, exames de laboratório recentes aguarda risco cirúrgico

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: LEITO 03

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.T.O.F

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

000

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

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 ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

ORTHO LIFE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 4,5 PLACQUETADA
PLACA 4,5 PLACQUETADA 4x6 em L⁰
Pneumoso (Nº 38 — 01) Pneumoso
Cortical (Nº 44 — 01) Pneumoso
Pneumoso espessado R32-Nº 70 — 01

Nº 32 — 01
Nº 70 — 01
Nº 28 — 01

27 NOV 2010

PROTÓCOLO
DE REGISTRO
DO PESSOAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO
(CNS) (CPF)

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Marcos dos Santos Alexandre
CRM de ORT 10.000.000.000

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/08/10

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO
(CNS) (CPF)

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: MANOEL DOS SANTOS ALEXANDRE
IDADE: 49 ANOS
SEXO: M
ENDEREÇO: JACARA, 1090-713
TEL: 333-1111
DATA: 08/08/18
HORA: 11:10h
PROCEDIMENTO: TIREOIDECTOMIA + EXERCÍCIO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DR. GARCIA
ASSISTENTE: DR. GARCIA
DATA: 08/08/18
HORA: 11:10h
PROCEDIMENTO: TIREOIDECTOMIA + EXERCÍCIO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DR. GARCIA
ASSISTENTE: DR. GARCIA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22	1	FIO DE AÇO Nº	
CECÁMEN	1	JELCO Nº24	1	FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	1	KIT SIST DREN TORANICA Nº	1	FIO DE NYLON Nº	2-0
ETOMIDATO	1	LÂMINA BISTURI Nº11	1	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	1	LÂMINA BISTURI Nº15	1	FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	1	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLIGLACTINA Nº	0
FLUMAZENIL	1	LÂMINA BISTURI Nº24	1	FIO POLIGLACTINA Nº	0
FRANCO	1	LÂMINA DE DERMATOMO	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA C VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAÍNA S VASO	1	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA C VASO	1	LUVA ESTERIL Nº7,5	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA S VASO	1	LUVA ESTERIL Nº7,5	1	FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAZOLAM	1	LUVA ESTERIL Nº8,0	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	LUVA ESTERIL Nº8,5	1	FITA CARDIACA	
NIMBULI	1	MASCARA CIRURGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCTRÔNIO	1	MULTITAS	1	CATETER DE PIC	
PETIDINA	1	PERFURADOR DE SORO	1	CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL	1	SCALP Nº14	1	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL	1	SCALP Nº21	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCIÔNIO	1	SERINGA 3ML	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	1	SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	1	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TRIPENTAL	1	SERINGA 20ML	1	GRANPLEADOR CIRURGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	1	HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA	1	CANULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	1	KIT DÉRIV. VESTIBULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	1	FIXADOR EXTERNO	
BENTRA	1	CATETER EPIDURAL Nº16	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
CETAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
METASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
INSULINA SODICA	1	CERA PARA OSO	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
INSULINA	1	COLET. URINA FECHADO	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
FLORSENAIDA	1	COMPRESSAS CIRURGICAS	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%	1	COMPRESSAS CIRURGICAS	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICONATO DE CÁLCIO	1	DRENO DE PENROSE	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
HIPOCORTISONA	1	DRENO DE SUÇÃO	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
LIDOCÁINA GELEIA	1	ELETRODOS	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
PLASIL	1	EQUIPO TRANSF. SANGUE	1	PARAFUSOS CORTICAIS	
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICROGOTAS	1	PLACA	
PROTAMINA	1	ESPONJA DE PVPI	1	PLACA	
TENONICAN	1	ESPARADRAPO	1	EQUIPAMENTOS	
CLORIDRATO DE BENZODIAZEPAM	1	GAZES	1	() ASPIRADOR	
		GAZES ALGODOADAS	1	() BISTURI ELETTRICO	
		GEL ELETROLITICO	1	() CAPNOGRAFO	
		JELCO Nº14	1	() CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº16	1	() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXIMETRO DE PULSO	
				() PA. INVASIVA NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELETTRICO	
				() SERRA	
				CIRCUITO	

Assinatura: *[Assinatura]*
 Nome: *[Nome]*
 Cargo: Técnico Endomagem
 COREN-PB: 911.375
 FINGI ASSINAR 1212



RELATÓRIO DE CIRURGIA

JEE:CNH

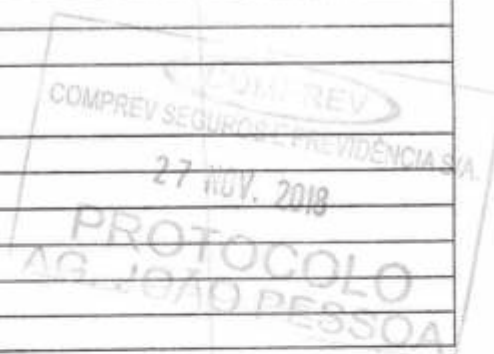
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
PASSAGEM DE FAIXA DE SMASH ESTERIL
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL E POSTERO-MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO
DIVULSÃO, AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO
COMINUIÇÃO METAFISARIA, COM FRAGMENTOS DESVITALIZADOS.
Conduta:
CALOCCLASIA
REDUÇÃO CRUENTA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA E AUXILIO DE ESCOPIA
APOSIÇÃO DE PLACA BLOQUEADA LATERAL EM L 4X6 FUROS E FIXADA COM PARAFUSOS CORTI-CAIS E BLOQUEADOS.
REDUÇÃO CRUENTA DO PLATO MEDIAL
REVISAO DA HEMOSTASIA
LAVAGEM COM SF 0,9%.
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
Observação:
GARROTE RETIRADO COM 2 HORAS
IMOBILIZAÇÃO TIPO JONES
RX DE CONTROLE

Médico/CRM:

Dr. Cláudio F. Freitas
Médico
CRM-PB 9603
CNS 703404579057801

João Pessoa,

08/08/2018





SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32185700

Fax: 32778696

Paciente	BARROS DOS SANTOS ALEXANDRE	BAE	1090773	Data Hora Entrada	26/06/2018 18:37:26	Data Saída	
Data de nascimento	07/11/1938	Idade	49a 6m 30d	Sexo	Masculino	CNS	
Nome	BARROS DOS SANTOS ALEXANDRE					Telefone do Contato	(83) 968550372
Endereço	MARIA ISABEL RIBEIRO, 4516	Bairro	MANGABEIRA	Município	JOÃO PESSOA	UF	PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	LLIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional	3637/PB
Data/Hora Classificação	26/06/2018 18:37:26			Data Hora Prescrição	26/06/2018 18:51:29		

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO E 1/3 DISTAL DO RADIO

CONDUTA:

1- INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

2- SOLICITO RADIOGRAFIAS DO JOELHO E PUNHO ESQUERDO

3- SOLICITO PRE OPERATÓRIO

DIETA

LÍQUIDA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V. 8/8H. (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DISSOLVENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40.0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V. 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPYRONE 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25.0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAD>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500.0 ML VIA E.V. 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40.0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

FALCLOFEN 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30.0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAD>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3.0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100.0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

DICTIOFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V., 12/12H



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

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcos dos Santos Alexandre

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1090713

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

Cx 35 / TMC /

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 placa em T 3x3
03 parafusos corticais N° 16
01 fio de Kirschner 2.0
01 agulha de Plexo A100 -> B-Braun

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco Peixoto
Médico
CRM-FB 9603
CNS 703404579057800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

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

NOME
 MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

DOC. IDENTIDADE / OUT. TÍTULO
 1281317 SSP PB

CNPJ
 646.448.124-04

DATA NASCIMENTO
 27/11/1968

PERM.ÇÃO
 JOSE ANTONIO ALEXANDRE
 GERALDA DOS SANTOS ALEXANDRE

PERMISSÃO
 ACC CAZARAB

Nº REGISTRO
 03441600285

VALIDADE
 21/02/2019

1ª EMISSÃO
 01/12/2004

OBSERVAÇÕES
 A 1

Assinatura do Portador
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 24/02/2014

Assinatura do Diretor
 ASSINATURA DO DIRETOR

064666611246
 PB028174003

DETRAN-PC (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894212440

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894212440

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
 27 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

Adegilson Robson dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.169.247 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2017

NOME ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO SALUSTIANO DOS SANTOS
DELMA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/01/1969

DOC ORIGEM CERT. GAS. Nº 14921 - LIV. B-68 - FLS. 21 - CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB.

491.484.754-00
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO EMISSOR
29/04/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202337871
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0100882154-0 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

CPF / CNPJ 64644812404 PLACA QFD8215/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2HB0210ER454257

ESPECIE / TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 08/10/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO.

LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB 22/11/2018

41581



Arak
Diretor de Operações - CONTINUA

33294

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202337871 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ 64644812404 PLACA QFD8215/PE

RENAVAM 01008821540 HONDA/POP100 MARCA / MODELO

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2HB0210ER454257

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO ROTA A SER PAGADA PELO SEGURADO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

33294-0907196-20181122

COMPRESSOR

27 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180558881 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE **Data do acidente:** 26/06/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS- PUNHO ESQUERDO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- PLATÔ TIBIAL ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ívone S. Valice

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	SERVIÇO GERAIS		
IDENTIDADE:	1.281.317 SSP/PB	CPF:	646.448.124-04
ENDEREÇO:	RUA MARIA FERREIRA LUTG, 50 JARD 211A-1 370 MANGABEIRA JOÃO PESSOA/PB CEP: 58069-706		

OUTORGADO

NOME:	ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO		
IDENTIDADE:	1.169.247 - SSDS/PB	CPF:	491.464.754-00
ENDEREÇO:	RUA PROF: CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO, JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA- JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58073270 - FONES (83) 98892-3276 (83) 99195-1719.		

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 23 de novembro de 2018.

Marcos dos Santos Alexandre

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rômulo Vieira Batista - Substituto
Rua São Paulo, 40 - Mangabeira - CEP 58069-706 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (33) 3334-0000 / 3334-0001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 23/11/2018 11:20:11
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-032035] EMOL: R\$ 49,48 FARPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AHV34485-1811
Confira a autenticidade em <https://cartdnatal.finh.tpb.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429386/18

Vítima: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

CPF: 646.448.124-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2018

Titular do CPF: MARCOS DOS SANTOS
ALEXANDRE

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE : 646.448.124-04

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: 27/11/2018
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
CPF: 491.464.754-00

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA