

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

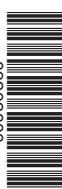
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

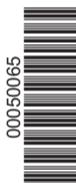
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000061423-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

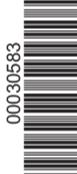
Senhor(a), JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
205.674.304-30 Jair Evangelista F. de Oliveira

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Nome completo:

15 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

18 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 644235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não recor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Jairo Pessoa - PB 24/10/19
Jair Evangelista Félix da Oliveira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
205.674.304-30 Jair Evangelista F. de Oliveira

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Nome completo:

15 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

18 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 644235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jacó Pessoa - PB 24/10/19

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Jacó Evangelista Félix da Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
205.674.304-30 Jair Evangelista F. de Oliveira

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Nome:

15 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

18 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 644235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não recor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Jacó Pessoa - PB 24/10/19

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jacó Evangelista Félix da Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200031566
Nome do(a) Examinado(a): Joao Evangelista Felix de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Zumbi dos Palmares, 24
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 746341
Data local do acidente: [05/05/2018]
Data local do exame: [31/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ VÁRIAS
SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 21/12/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO
JOELHO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.**

IV. Nave de escutelidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

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

- V. Existe sequelas (lesão deficitaria irreversível) não mais suscetível a qualquer medida terapêutica?
 (X) Sim () Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

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

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

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

"Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

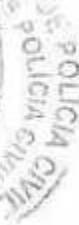
Região Corporal (Sequela): **JOELHO - Lado Direito**
26 - dor (–) 100% - intensa (+) 25% - ligeira (–) 25%

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

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

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

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu João Evangelista Félix de Oliveira, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

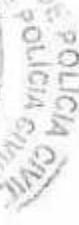
QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG-125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu João Evangelista Félix de Oliveira, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG-125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu João Evangelista Félix de Oliveira, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

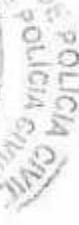
QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG-125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu João Evangelista Félix de Oliveira, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG-125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
205.674.304-30 Jair Evangelista F. de Oliveira

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Nome completo:

15 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

18 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 644235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não recor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Jairo Pessoa - PB 24/10/19

Jair Evangelista Félix da Oliveira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
205.674.304-30 Jair Evangelista F. de Oliveira

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Nome completo:

15 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

18 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 644235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não recor)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Jair Pessoa - PB 24/10/19

Jair Evangelista Félix de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
205.674.304-30 Jair Evangelista F. de Oliveira

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Nome:

15 - E-mail:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

18 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Telefone:

19 - Celular:

20 - Celular:

21 - Celular:

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 644235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não recor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Jacó Pessoa - PB 24/10/19

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serrado Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

D (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Rua Musculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 58 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Promovido
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA	Pa. JOAC FELIX DE OLIVEIRA			Responsável (Pai/mãe=0) O MESMO - O MESMO/A
Série				DDD Fixo
Endereço	Fone Móvel 900000000	CEP 8051593		
Documento (RG/DENTIDADE)	Número documento 746341	Número Cnes		
UF de procedência BANCARIOS	Tipo BARRIO			UF PB
Estado	Naturalidade BAYEUX			CBC/F.

Endereço

CEP 8051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Comunicação SUS
Especialidade URGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Centro hospitalar N/A	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo N/A
Je. de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

J.A.: óstico

CID

Tempo

01min 34seg

Assinado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

:imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serrado Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

D (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Rua Musculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 58 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Promovido
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA	Pa. JOAC FELIX DE OLIVEIRA			Responsável (Pai/mãe=0) O MESMO - O MESMO/A
Série				DDD Fixo
Endereço	Fone Móvel 900000000	CEP 8051593		
Documento (RG/DENTIDADE)	Número documento 746341	Número Cnes		
UF de procedência BANCARIOS	Tipo BARRIO			UF PB
Estado	Naturalidade BAYEUX			CBC/F.

Endereço

CEP 8051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Comunicação SUS
------------------------------------	--	--------------------

Especialidade
URGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETAOrigem do paciente
RUADetalhe do acidente
VEICULO X MOTO**Indicadores e Transporte**

Centro hospitalar Nº	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo Nº
Je. de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

P.A. X	mmHg	P脉	Temperatura
-----------	------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

J.A. óstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

CID

Tempo
01min 34seg

:imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serrado Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

D (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Rua Musculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 58 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Promovido
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA	Pa. JOAC FELIX DE OLIVEIRA			Responsável (Pai/mãe=0) O MESMO - O MESMO/A
Série				DDD Fixo
Endereço	Fone Móvel 900000000	CEP 8051593		
Documento (RG/DENTIDADE)	Número documento 746341	Número Cnes		
UF de procedência BANCARIOS	Tipo BARRIO			UF PB
Estado	Naturalidade BAYEUX			CBC/F.

Endereço

CEP 8051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Comunicação SUS
Especialidade URGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Centro hospitalar N/A	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo N/A
Je. de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

J.A.: óstico

CID

Tempo

01min 34seg

Assinado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

:imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serrado Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

D (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Rua Musculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 58 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Promovido
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA	Pa. JOAC FELIX DE OLIVEIRA			Responsável (Pai/mãe=0) O MESMO - O MESMO/A
Série				DDD Fixo
Endereço	Fone Móvel 900000000	CEP 8051593		
Documento (RG/DENTIDADE)	Número documento 746341	Número Cnes		
UF de procedência BANCARIOS	Tipo BARRIO			UF PB
Estado	Naturalidade BAYEUX			CBC/F.

Endereço

CEP 8051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Comunicação SUS
Especialidade URGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Centro hospitalar N/A	Piano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Tempo N/A
Je. de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

J.A.: óstico

CID

Tempo

01min 34seg

Assinado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

:imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serrado Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165780

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

D (230330)	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA			Rua Musculino
Data de nascimento (30/09/1958)	Idade 58 anos 7 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Promovido
AEP ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA	Pa. JOAC FELIX DE OLIVEIRA			Responsável (Pai/mãe=0) O MESMO - O MESMO/A
Série				DDD Fixo
Endereço	Fone Móvel 900000000	CEP 8051593		
Documento (RG/DENTIDADE)	Número documento 746341	Número Cnes		
UF de procedência BANCARIOS	Tipo BARRIO			UF PB
Estado	Naturalidade BAYEUX			CBC/F.

Endereço

CEP 8051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Comunicação SUS
Especialidade URGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Centro hospitalar N/A	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo N/A
Je. de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

J.A.: óstico

CID

Tempo

01min 34seg

Assinado por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

:imprimir

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 00000061423-5

Nr. da Autenticação A5352EB6F5BE2A06

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Existe para impressão pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica - Nº 029.664.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.323-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

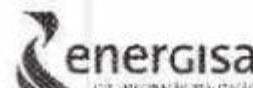
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Existe para impressão pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica - Nº 029.664.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.323-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Existe para impressão pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica - Nº 029.664.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.323-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

AGO/2019

20/08/2019

150

27/08/2019

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 9135

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

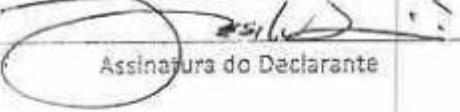
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDDI): (83) 9 8663 4900

Local e Data:

João Pessoa - PB 21/10/19


Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 9135

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

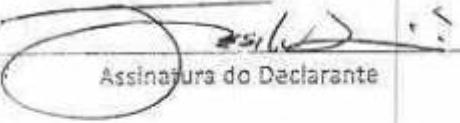
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDDI): (83) 9 8663 4900

Local e Data:

João Pessoa - PB 21/10/19


Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 9135

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

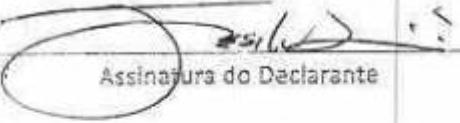
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDDI): (83) 9 8663 4900

Local e Data:

João Pessoa - PB 21/10/19


Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 9135

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Evangelista F. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 205674304-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

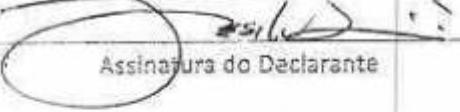
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDDI): (83) 9 8663 4900

Local e Data:

João Pessoa - PB 21/10/19


Assinatura do Declarante



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

Boaventura

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAO EVANGELISTA FELIX OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/58
NOME DA MÃE	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.068
DATA DO ATENDIMENTO	05/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com sinais de ingestão de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocoricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira. Ferimento em região inguinal esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
TC de face
TC de torax
TC de abdômen superior
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	06/05/18
DATA DA EMISSÃO:	21/09/18

[Assinatura]
Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual do Emergencia e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

ID 1286330	Nome PACINTE NAO IDENTIFICADO	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias	Estado civil Solteiro
Mãe NAO INFORMADO		Pai NAO INFORMADO
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crs
Local de procedência BANCARIOS		CEP PB
Email	Naturalidade	CEP PB

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 05/06/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
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 140 x 80 mmHg | P脉搏 77 | Temperatura 36°

Exames complementares

Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Muito politraumatizado com grande volume sanguíneo
O menor sinal FES e evanescente. Foi o menor TUE.

Diagnóstico

Fractura de sacro ilíaco
Fractura de sacro ilíaco

Tempo
atmín 34seg

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

enfermeira
COSENTO

Imprimir

Data: 05/05/18 15:56
Usuário: DANIEL HORTIZ
Bolema: 1080068

PRESCRIÇÃO MÉDICA

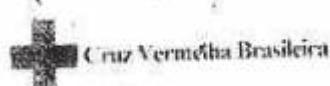
Nome PACINTE NÃO IDENTIFICADO Motivo do Acompanhamento	Data de 01/01/1972 Enfermaria / Leito	Idade 46a 4m 4d	Sexo MASCULINO	Nº 1080068	Data Prescrição 05/05/2018 15:56:47
Convenio SUS				Validade da Prescrição 05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00	
		Matrícula		Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
				E.V.			
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	2000.0	ML					AGORA
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA
4 CEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		E.V.			AGORA
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
6 PARECER ORTO	0.0						
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional

*C. Daniel H. Nobre
CRM-SP 10976
05 de Maio de 2018
Carvalho Nobre
Drogaria
16-976*



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACINTE NAO IDENTIFICADO	BAE 1060068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46a 4m 4d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO INFORMADO			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	Nº Cons. Regional 10976/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 15:56:47	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM SINAIS DE INGESTA ALCOOLICA.
RELATO DE TER SIDO VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO (PILOTO DA MOTO) COM TCE

- A: VAP, COLAR CERVICAL
- B: EUPNEICO, TORAX ESTAVEL, SAT 98%
- C: FC 80 PA 120 X 80 PULSOS CHEIOS RITMICOS E SIMETRICOS
- D: GLASGOW 14 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
- E: HEMATOMA SUPRAORBITAL DIREITO, ESCORIACOES E FCC EM FACE, SINAIS DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, ABDOME INOCENTE, RACIA ESTAVEL

HD POLITRAUMA

TCE

FRATURA DE TIBIA?

TRAUMA FACIAL

CD: SOL TC DE CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX E ABDOME

RX DA Perna DIREITA

AVAL DA ORTOPEDIA

AVAL DA NEUROCIR

AVAL DA BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

- SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS)
- DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
- CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
- CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

Daniel Hortiz
J. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Digestiva
Cirurgia Geral
CRM-PB # 976

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)

RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITAS

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM/PB 10-976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE
(: 10976/PB)

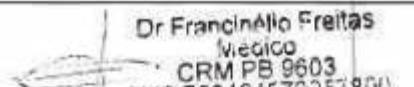
Guia de Encaminhamento Externo

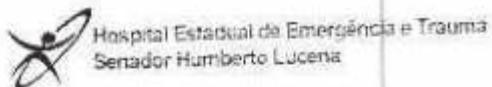
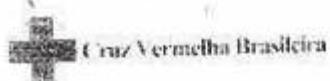
Dados do paciente

Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA					CNS		Prontuário	
Data de Nascimento 15/09/1958	Idade 59A 7M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA		Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Nome do Pai JOAO FELIX DE OLIVEIRA				
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA				Bairro BANCÁRIOS			Cep 58051593	
Município JOAO PESSOA - PB				Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262				Telefone (83) 32165700

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares FRATURA DE TIBIA DIREITA, PERIPLACA.		
CID T14.9	Data de encaminhamento 06/05/2018 11:36:03	


Dr Francinélio Freitas
 MÉDICO
 CRM PB 9603
 CNS 703404579057800
 Assinatura e carimbo do profissional

**AREA LARANJA UDC**

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento: 15/09/1958	Idade: 59a 7m 21d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (63) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:29:54	

Anamnese

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERNCIA

LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR

ABDOOME FLACIDO, INDOLOR E PERISTALTICO

CD: SEM ALTERAÇÕES DA CIRURGIA GERAL NO MOMENTO

ALTA DA CIR GERAL

A DISPOSIÇÃO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

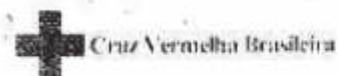
Conduta

Em observação

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Cirurgia Geral
CRM-PB 6700

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada: 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MERA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:16:45	

Anamnese

NEUROCIRURGIA

D2 POLITRAUMATISMO

G15, EDEMA PERIORBITÁRIO

TC SEM LESÕES INTRACRANIANA

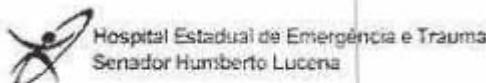
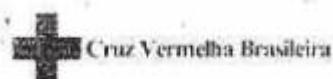
CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento: 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO	Nº Cons. Regional 5252/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 09:48:15	

Anamnese

CIRURGIA TORÁCICA.

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCOLIZADO.

TC DE TORAX SEM PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL OU FRATURAS. LESÃO NODULAR DE PULMÃO ESQUERDO.

CD:

- ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA.
- ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERENCIA PARA AVALIAÇÃO POSTERIOR.

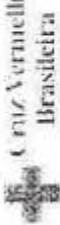
Conduta

Em observação

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Toráctico
CRM 5252

JOSE EURIDES LIBERALINO
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA



Cristo Vernelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

Data: 06/05/18 06:50
Usuário: WESLEY
Boleilim 1080068

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data do Nascimento	Idade	Sexo	Nº Pronunciado	Data Prescrição
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	15/09/1958	59a 7m 21d	MASCULINO	1080068	06/05/2018 06:50:13
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição
Convenio	Matrícula	06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00			
SUS	Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0.0						

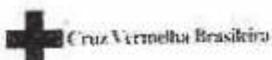
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA	0.0						
-----------------------------------	-----	--	--	--	--	--	--

06/05/2018

Dr. Wesley Pereira da Silva
Médico Residente de Cirurgia Geral
CRM: 9270

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080066	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 980000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Barro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 9270/
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 06:50:13	

Anamnese

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO., COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA., E RNC.

FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO,

TC DE TORAXDENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA, DISCRETAS ÁREA DE ESPESSAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CÍSTICAS SUBPLEURAIS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO

CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

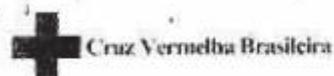
Conduta

Em observação

Dr. Wesley Pereira Da Silva
CRM: 9270/

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-06 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCARIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	

Anamnese

PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D.
PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL
CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
TORIBIO GOMES PEREIRA
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
06/05/2018 03:16:58

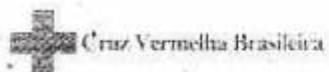
Observações



JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	MOTIVO ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 20:30:26	

Anamnese

#NCR

Paciente vítima de acidente motociclistico por volta das 12h, com relato de perda de consciência e desorientação.

Ao exame

AO=4 RV=4 RM=6

Iso:/foto

Mobiliza os 4 membros

Tc crânio sem alterações traumáticas agudas

cd. OBS NCR

ortopedia

paciente em observação da NCR ,HIPORESPONSIVO ,NÃO CONSEGUI ENCONTRAR OS EXAMES RADIOGRAFICOS NO SISTEMA .

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES

(CRM- 9350/PB)

Dr. Raiff Leite Soares

Ortopedia e Traumatologia

-05-09-0351



CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

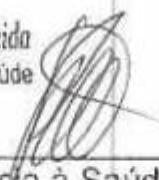
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 125859 e Prontuário Nº 2018.05.000733 pertencentes a **JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 06/05/2018 ás 15H36min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura proximal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2018 com alta médica dia 05/06/2018.

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

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

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


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 125859 Atd: Nao Regulac
Data: 06/05/2018
Hora: 15:36:07
Recepctionista: LENICE FLORENCIO DE AF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 0

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ESMERALDINA SARAIWA DE OLIVEIRA Pais:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Localização: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

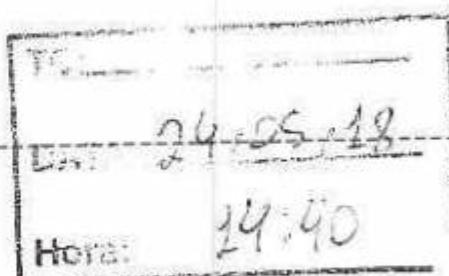
PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

UMA NO MI



História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente oriundo do orfanato anfídeo de Fafá
e da Residencia. Acha-se exposta ao fogo a ferro
Socorro. Fd + Td + 13 presentes

Diagnóstico

Assinatura: D.P.

Prescrição

Horário da medicacão

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

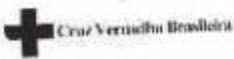
[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Mec

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <i>José Evangelista Felix</i> Data da Admissão: <u>/ /</u>			
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:		Profissão:	
Cidade:		Estado:	Fone:
Sexo: F() M() Cor:		Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>/ /</u>	
QPD: <i>Traorei um 1/3 prum pell</i>			
HDA: <i>Sofreia hemicrício 1/3 prum pell</i> <i>tosse dor, Edema, fome, sede.</i> <i>No hano junti se Teme um fome</i> <i>aperto tisp, Dor de fome e</i> <i>orvalho.</i>			
Medicações em uso: <i>?</i>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e PESCOÇO: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Líbido <input type="checkbox"/> Humor			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Idade 59

Data: 06/05/2018 11:35:03 Sexo Masculino CPF: Não Informado

BAE: 1080068

ENCAMINHAMENTO

AO ORTORAUMA.

#ORTOPEDIA#

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA, IMEDIATAMENTE ABAIXO DE MATERIAL DE
SÍNTSE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr Francinello Freitas

Médico

CRM PB 9603

ANE 703404579057800

Drº. FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS

9603/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	JOÃO EVANGELISTA FÉLIX			Registro:		
Idade:	59	Sexo:	M	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	01/06/18	Cirurgião:	Dr. ROBERTO ALMEIDA			1º Assistente: LEONILDO R. Z.
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						CID
- Fratura em TIBA proximal (Fratura Penírica)						(D)
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						CÓDIGO
- RMS +						
- TRATAMENTO cirúrgico de Fratura em TIBA proximal						(D)
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:						
1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA SOB Anestesia
- 2) ASSESSO + ANTISSÉPSIA
- 3) ALOSÍCITO DE CARPOS ESTÍNEIS

Incisão:

- 4) INCISÃO EM RELEVO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍbia (5)
- 6) DISSECCÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados: INFLAMA

- 6) INFLAMAÇÃO DA TÍbia PROXIMAL (2)
- 7) PRESENÇA DE MATRIZ DE SÍNTese
EM PLATO MEDIAL (2)

Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATRIZ DE SÍNTese
- 9) CAVITATÓ ABDITA
- 10) FIXAÇÃO DA PRATURA COM PERCA "T"
10 FIOS + 2 RENFUSOS ESPONGIOS
+ 5 RENFUSOS CENTRAIS
- 11) SUTURA EM PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) RX DE CONTROLE

Fechamento:

- 14) TAC COXOPODÉLICA

OBS:

Mesmo Dr. ROBERTO ALMEIDA
AMBULÁNCIO

Data: 01/06/18

Dr. Léo
CRM/PB 10337
MÉDICO/CRM



I AUDI MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	João Evangelista Félix de Oliveira				PROVVISORIO SP	
IDADES	SEXTA	SEXO	CLASSE	OPERA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSAO	06/05/18		DATA DE ALTA	05/06/18		TEMPO DE PERMANENCIA
DIAGNOSTICO INICIAL	Fratura do fêmur proximal direito					CD
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	() GENNER					
OUTROS DIAGNOSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES	E.F + Radiografia					
TRATAMENTO REALIZADO	osteosíntese da fibra proximal direita					
TERAPIA MEDICAMENTOSA						
ANAMNESA PATOLÓGICA						
INFILTRAÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICIONES REAIS	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA: EVOLUÇÃO: TRAUMATICO COMPLACIO TOMOU FEbre alta. Unhas de fricção. Oss. Pélvis clivus com fractura fêmur proximal subfracto e descolamento articular. Revisão ORL com lesões bucofaríngeas. Vér. gástrica em supressão.					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: WIC

REPOUSO: Relativa em casa por _____ dias.

Retorno as atividades com esforço físico em _____ dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em ____ dias e com esforço maior em ____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavi-la com água e sabão duas vezes por dia. Se tiver dor, calor, vermelhidão ou "inchão" no local, ou se houver febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Metformina 500 mg + Atenolol 100 mg

RETORNO Ao posto de saude em Posto de Saúde da Vila Aricanduva para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Fábio K. Aricanduva em 30 dias para revisão 15 dias

05/06/13 DATA

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-RJ 1187

ASS MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO



REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
746.342 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 17/09/2013

NOME JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE BR DATA DE NASCIMENTO 15/09/1936

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS. 173V LIV. B-07

CPN C. 11.10 BAYEUX-PB

205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.115 DE 29/08/83



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

BoaConsulta

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAO EVANGELISTA FELIX OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/58
NOME DA MÃE	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.068
DATA DO ATENDIMENTO	05/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com sinais de ingestão de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocoricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira. Ferimento em região inguinal esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
TC de face
TC de torax
TC de abdômen superior
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	06/05/18
DATA DA EMISSÃO:	21/09/18

[Assinatura]
Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual do Emergencia e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

ID 1286330	Nome PACINTE NAO IDENTIFICADO	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias	Estado civil Solteiro
Mãe NAO INFORMADO		Pai NAO INFORMADO
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crs
Local de procedência BANCARIOS		CEP PB
Email	Naturalidade	CEP PB

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 05/06/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
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 140 x 80 mmHg	P脉 77	Temperatura 36°
---------------------	----------	--------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Alvo de golpe de arma branca na face
Alvo de golpe de arma branca no pescoço

Diagnóstico

Raio X / Sangue / Urina / TC / Líquor / ECG / Ultrasonografia /

Tempo
atmín 34segAtendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSAenfermeira
COSENTO

Imprimir

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H



PRESCRIÇÃO MÉDICA

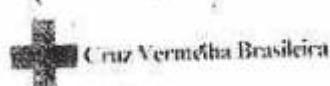
Nome PACINTE NÃO IDENTIFICADO Motivo do Acompanhamento	Data de Enfermaria / Leito	Idade 46a 4m 4d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1080068	Data Prescrição	
					Validade da Prescrição	Senha
Convenio SUS			Matrícula		05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de		Veloc. Inf.	Pos	Agravamento
				E.V.				
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	2000.0	ML		E.V.			AGORA	
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.			AGORA	
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA	
4 GEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		E.V.			AGORA	
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							
6 PARECER ORTO	0.0							
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0							

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional

*Daniel Hortiz de Carvalho Nobre
CRM: 10976
05 de Maio de 2018*



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACINTE NAO IDENTIFICADO	BAE 1060068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46a 4m 4d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO INFORMADO			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	Nº Cons. Regional 10976/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 15:56:47	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM SINAIS DE INGESTA ALCOOLICA.
RELATO DE TER SIDO VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO (PILOTO DA MOTO) COM TCE

- A: VAP, COLAR CERVICAL
- B: EUPNEICO, TORAX ESTAVEL, SAT 98%
- C: FC 80 PA 120 X 80 PULSOS CHEIOS RITMICOS E SIMETRICOS
- D: GLASGOW 14 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
- E: HEMATOMA SUPRAORBITAL DIREITO, ESCORIACOES E FCC EM FACE, SINAIS DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, ABDOME INOCENTE, RACIA ESTAVEL

HD POLITRAUMA

TCE

FRATURA DE TIBIA?

TRAUMA FACIAL

CD: SOL TC DE CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX E ABDOME

RX DA Perna DIREITA

AVAL DA ORTOPEDIA

AVAL DA NEUROCIR

AVAL DA BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

- SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS)
- DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
- CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
- CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)

RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Digestiva
Cirurgia Geral
CRM-PB 0.0.076

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM/PB 10-976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE
(: 10976/PB)

Guia de Encaminhamento Externo

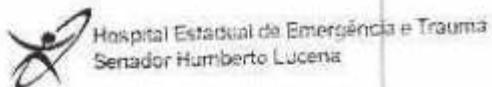
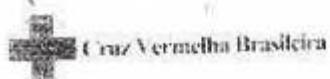
Dados do paciente

Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA					CNS		Prontuário	
Data de Nascimento 15/09/1958	Idade 59A 7M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA		Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Nome do Pai JOAO FELIX DE OLIVEIRA				
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA				Bairro BANCÁRIOS			Cep 58051593	
Município JOAO PESSOA - PB				Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262				Telefone (83) 32165700

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares FRATURA DE TIBIA DIREITA, PERIPLACA.		
CID T14.9	Data de encaminhamento 06/05/2018 11:36:03	


 Dr Francinélio Freitas
 MÉDICO
 CRM PB 9603
 CNS 703404579057800
 Assinatura e carimbo do profissional



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento: 15/09/1958	Idade: 59a 7m 21d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (63) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:29:54	

Anamnese

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERNCIA

LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR

ABDOOME FLACIDO, INDOLOR E PERISTALTICO

CD: SEM ALTERAÇÕES DA CIRURGIA GERAL NO MOMENTO

ALTA DA CIR GERAL

A DISPOSIÇÃO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

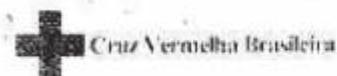
Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Cirurgia Geral
CRM-PB 6700



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada: 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MERA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:16:45	

Anamnese

NEUROCIRURGIA

D2 POLITRAUMATISMO

G15, EDEMA PERIORBITÁRIO

TC SEM LESÕES INTRACRANIANA

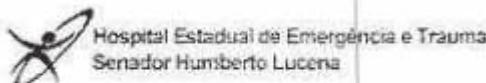
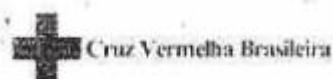
CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento: 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO	Nº Cons. Regional 5252/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 09:48:15	

Anamnese

CIRURGIA TORÁCICA.

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCOLIZADO.

TC DE TORAX SEM PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL OU FRATURAS. LESÃO NODULAR DE PULMÃO ESQUERDO.

CD:

- ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA.
- ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERENCIA PARA AVALIAÇÃO POSTERIOR.

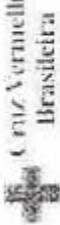
Conduta

Em observação

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Toráctico
CRM 5252

JOSE EURIDES LIBERALINO
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA



Cristo Vernelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

Data: 06/05/18 06:50
Usuário: WESLEY
Boleilim 1080068

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data do Nascimento	Idade	Sexo	Nº Pronunciado	Data Prescrição
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	15/09/1958	59a 7m 21d	MASCULINO	1080068	06/05/2018 06:50:13
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição
Convenio	Matrícula	06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00			
SUS	Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

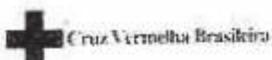
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

06 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira da Silva
Médico Residente de Cirurgia Geral
CRM: 9270

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080066	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 980000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Barro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 9270/
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 06:50:13	

Anamnese

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO., COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA., E RNC.

FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO,

TC DE TORAXDENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA, DISCRETAS ÁREA DE ESPESSAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CÍSTICAS SUBPLEURAIS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO

CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

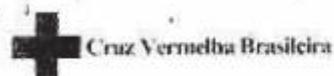
Conduta

Em observação

Dr. Wesley Pereira Da Silva
CRM: 9270/

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-06 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCARIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	

Anamnese

PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D.
PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL
CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
TORIBIO GOMES PEREIRA
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
06/05/2018 03:16:58

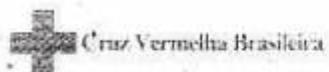
Observações



JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	MOTIVO ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 20:30:26	

Anamnese

#NCR

Paciente vítima de acidente motociclistico por volta das 12h, com relato de perda de consciência e desorientação.

Ao exame

AO=4 RV=4 RM=6

Iso:/foto

Mobiliza os 4 membros

Tc crânio sem alterações traumáticas agudas

cd. OBS NCR

ortopedia

paciente em observação da NCR ,HIPORESPONSIVO ,NÃO CONSEGUI ENCONTRAR OS EXAMES RADIOGRAFICOS NO SISTEMA .

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES

(CRM- 9350/PB)

Dr. Raiff Leite Soares

Ortopedia e Traumatologia

-05-05-0351



CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

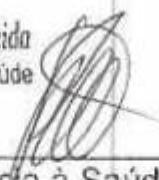
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 125859 e Prontuário Nº 2018.05.000733 pertencentes a **JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 06/05/2018 ás 15H36min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura proximal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2018 com alta médica dia 05/06/2018.

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

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

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


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 125859 Atd: Nao Regulac
Data: 06/05/2018
Hora: 15:36:07
Recepctionista: LENICE FLORENCIO DE AF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/09/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA BANCARIA NEUZA MEIRA, 0

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ESMERALDINA SARAIWA DE OLIVEIRA Pais:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Localização: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

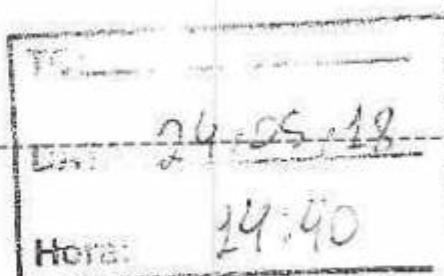
PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

UMA NO MI



História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente oriundo do orfanato anfídeo de Fafá
e da Residencia. Acha-se exposta ao fogo a ferro
Socorro. Fd + Td + 13 presentes

Diagnóstico

Assinatura: D.P.

Prescrição

Horário da medicacão

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <i>José Evangelista Felix</i> Data da Admissão: <u>/ /</u>			
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:		Profissão:	
Cidade:		Estado:	Fone:
Sexo: F() M() Cor:		Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>/ /</u>	
QPD: <i>Traorei um 1/3 prum pell</i>			
HDA: <i>Sofreia hemicrício 1/3 prum pell</i> <i>tosse dor, Edema, fome, sede.</i> <i>No hano passado se temeu um febre</i> <i>de febre alta, Dor de cabeça e</i> <i>edema.</i>			
Medicações em uso: <i>?</i>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e PESCOÇO: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Idade 59

Data: 06/05/2018 11:35:03 Sexo Masculino CPF: Não Informado

BAE: 1080068

ENCAMINHAMENTO

AO ORTORAUMA.

#ORTOPEDIA#

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA, IMEDIATAMENTE ABAIXO DE MATERIAL DE
SÍNTSE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr Francinello Freitas

Médico

CRM PB 9603

ANE 703404579057800

Drº. FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS

9603/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	JOÃO EVANGELISTA FÉLIX			Registro:		
Idade:	59	Sexo:	M	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	01/06/18	Cirurgião:	Dr. ROBERTO ALMEIDA			1º Assistente: LEONILDO R. Z.
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						CID
- Fratura em TIBA Proximal (Fratura Penírica)						(D)
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						CÓDIGO
- RMS +						
- TRATAMENTO cirúrgico de Fratura em TIBA proximal						(D)
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:						
1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA SOB Anestesia
- 2) ASSESSO + ANTISSÉPSIA
- 3) ALOSÍCITO DE CARPOS ESTÍNEIS

Incisão:

- 4) INCISÃO EM RELEVO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍbia (5)
- 6) DISSECCÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados: INFLAMA

- 6) INFLAMAÇÃO DA TÍbia PROXIMAL (2)
- 7) PRESENÇA DE MATÉRIAIS DE SÍNTSESE
EM PLATO MEDIAL (2)

Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATÉRIAIS DE SÍNTSESE
- 9) CAVITATÃO ABERTA
- 10) FIXAÇÃO DA PRATURA COM PLACA "T"
10 FIOS + 2 RENDFUSOS ESPONGIOSOS
+ 5 RENDFUSOS CENTRAIS
- 11) SUTURA EM PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) RX DE CONTROLE

Fechamento:

- 14) TAC COXOPODÉLICA

OBS:

Mesmo Dr. ROBERTO ALMEIDA
AMBULÁNCIO

Data: 01/06/18

Dr. Leonardo
Medico
CRM/PB 10337
MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	João Evangelista Félix de Oliveira				PROVVISORIO SP	
IDADES	SEXTA	SEXO	CLASSE	OPERA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSAO	06/05/18		DATA DE ALTA	05/06/18		TEMPO DE PERMANENCIA
DIAGNOSTICO INICIAL	Fratura do fêmur proximal direito					CD
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	() GENNER					
OUTROS DIAGNOSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES	E.F + Radiografia					
TRATAMENTO REALIZADO	osteosíntese da fibra proximal direita					
TERAPIA MEDICAMENTOSA						
ANAMIMA PATOLÓGICA						
INFILTRAÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICIONES REAIS	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA: EVOLUÇÃO: TRAUMATICO COMPLACIO TOMOU FEbre alta. Unhas de fricção. Oss. Pélvis clivus com fractura fêmur proximal subfracto e descolamento articular. Revisão ORL com lesões bucofaríngeas. Vér. gástrica em supressão.					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Reformas atividades com esforço físico em _____ dias

Reclama de atividades com esforço físico leve em ____ dias e com esforço maior em ____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-lá com água e sabão duas vezes por dia. Se tiver dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, far sair febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Metformina 500 mg, 1 comprimido diariamente

Digitized by srujanika@gmail.com

RETORNO Ao posto de saude em Dr. SUGETE ALVAREZ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. SUGETE ALVAREZ em 20 dias para revisão 15 dias

05/06/13 DATA

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-RJ 1187

ASS MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO



REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NOME 746.341 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 17/09/2013
JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE BR DATA DE NASCIMENTO 15/09/1936

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS. 173V LIV. B-07
C. 111.10 BAYEUX-PB

CPN 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.115 DE 29/08/83



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

BoaConsulta

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAO EVANGELISTA FELIX OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/58
NOME DA MÃE	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.068
DATA DO ATENDIMENTO	05/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com sinais de ingestão de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocoricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira. Ferimento em região inguinal esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
TC de face
TC de torax
TC de abdômen superior
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	06/05/18
DATA DA EMISSÃO:	21/09/18

[Assinatura]
Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual do Emergencia e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1080068

**Identificação do paciente**

ID 1286330	Nome PACINTE NAO IDENTIFICADO	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias	Estado civil Solteiro
Mãe NAO INFORMADO		Pai NAO INFORMADO
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crs
Local de procedência BANCARIOS		CEP PB
Email	Naturalidade	CEP PB

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número S/N	Complemento		Bairro BANCARIOS

Admissão

Data e Hora 05/06/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
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 140 x 80 mmHg | P脉搏 77 | Temperatura 36°

Exames complementares

Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Muito politraumatizado com grande volume sanguíneo
O menor lado PCS e evanescente. Foi o menor TUE.

Diagnóstico

Fractura de sacro ilíaco
Fractura de sacro ilíaco

Tempo
atmín 34seg

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

enfermeira
COSENTO

Imprimir

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H



PRESCRIÇÃO MÉDICA

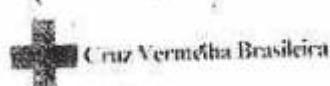
Nome PACINTE NÃO IDENTIFICADO Motivo do Acompanhamento	Data de Enfermaria / Leito	Idade 46a 4m 4d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1080068	Data Prescrição	
					Validade da Prescrição	Senha
Convenio SUS			Matrícula		05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de		Veloc. Inf.	Pos	Agravamento
				E.V.				
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	2000.0	ML		E.V.			AGORA	
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.			AGORA	
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA	
4 GEFAZOLINA SODICA 1G	1000.0	MG		E.V.			AGORA	
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							
6 PARECER ORTO	0.0							
7 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0							

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional

*Daniel Hortiz de Carvalho Nobre
CRM: 10976
05 de Maio de 2018*



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACINTE NAO IDENTIFICADO	BAE 1060068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46a 4m 4d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO INFORMADO			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	Nº Cons. Regional 10976/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 15:56:47	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM SINAIS DE INGESTA ALCOOLICA.
RELATO DE TER SIDO VITIMA DE COLISAO MOTO VS AUTO (PILOTO DA MOTO) COM TCE

- A: VAP, COLAR CERVICAL
- B: EUPNEICO, TORAX ESTAVEL, SAT 98%
- C: FC 80 PA 120 X 80 PULSOS CHEIOS RITMICOS E SIMETRICOS
- D: GLASGOW 14 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
- E: HEMATOMA SUPRAORBITAL DIREITO, ESCORIACOES E FCC EM FACE, SINAIS DE FRATURA DE TIBIA DIREITA, ABDOME INOCENTE, RACIA ESTAVEL

HD POLITRAUMA

TCE

FRATURA DE TIBIA?

TRAUMA FACIAL

CD: SOL TC DE CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX E ABDOME

RX DA Perna DIREITA

AVAL DA ORTOPEDIA

AVAL DA NEUROCIR

AVAL DA BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

- SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS)
- DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
- CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
- CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)

RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA

Daniel Hortiz
Coloproctologia
Digestiva
Cirurgia Geral
CRM-PB 0.0.976

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Hortiz
Coloproctologia
Cirurgia Digestiva
CRM/PB 10-976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE
(: 10976/PB)

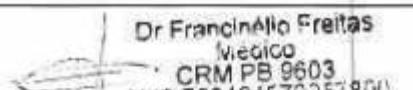
Guia de Encaminhamento Externo

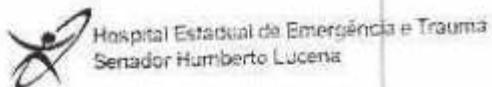
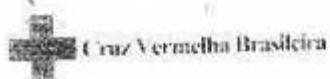
Dados do paciente

Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA				CNS		Prontuário	
Data de Nascimento 15/09/1958	Idade 59A 7M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Nome da Pai JOAO FELIX DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA				Bairro BANCÁRIOS			Cep 58051593
Município JOAO PESSOA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 900000000	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262			Telefone (83) 32165700

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares FRATURA DE TIBIA DIREITA, PERIPLACA.		
CID T14.9	Data de encaminhamento 06/05/2018 11:36:03	


 Dr Francinélio Freitas
 MÉDICO
 CRM PB 9603
 CNIS 703404579057800
 Assinatura e carimbo do profissional

**AREA LARANJA UDC**

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento: 15/09/1958	Idade: 59a 7m 21d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (63) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:29:54	

Anamnese

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERNCIA

LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR

ABDOOME FLACIDO, INDOLOR E PERISTALTICO

CD: SEM ALTERAÇÕES DA CIRURGIA GERAL NO MOMENTO

ALTA DA CIR GERAL

A DISPOSIÇÃO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

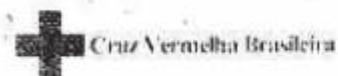
Conduta

Em observação

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Cirurgia Geral
CRM-PB 6700

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada: 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MERA, S/N	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 10:16:45	

Anamnese

NEUROCIRURGIA

D2 POLITRAUMATISMO

G15, EDEMA PERIORBITÁRIO

TC SEM LESÕES INTRACRANIANA

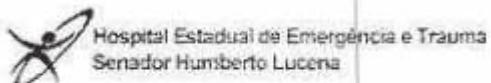
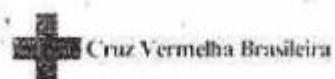
CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento: 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO	Nº Cons. Regional 5252/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 09:48:15	

Anamnese

CIRURGIA TORÁCICA.

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCOLIZADO.

TC DE TORAX SEM PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL OU FRATURAS. LESÃO NODULAR DE PULMÃO ESQUERDO.

CD:

- ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA.
- ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERENCIA PARA AVALIAÇÃO POSTERIOR.

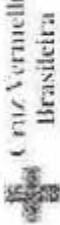
Conduta

Em observação

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Torácico
CRM 5252

JOSE EURIDES LIBERALINO
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA



Cristo Vernelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

Data: 06/05/18 06:50
Usuário: WESLEY
Boleilim 1080068

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data do Nascimento	Idade	Sexo	Nº Pronunciado	Data Prescrição
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	15/09/1958	59a 7m 21d	MASCULINO	1080068	06/05/2018 06:50:13
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição
Convenio	Matrícula	06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00			
SUS	Senha				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORACICA	0.0						

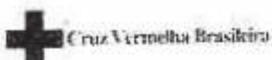
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA	0.0						
-----------------------------------	-----	--	--	--	--	--	--

06/05/2018

Dr. Wesley Pereira da Silva
Médico Residente de Cirurgia Geral
CRM: 9270

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080066	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Saída
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 980000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N	Barro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 9270/
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 06:50:13	

Anamnese

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO., COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA., E RNC.

FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO,

TC DE TORAXDENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA, DISCRETAS ÁREA DE ESPESSAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CÍSTICAS SUBPLEURAIS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO

CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

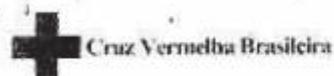
Conduta

Em observação

Dr. Wesley Pereira Da Silva
CRM: 9270/

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-06 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCARIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 06/05/2018 03:17:03	

Anamnese

PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA PROXIMAL D.
PASSADO DE SINTESE DE PLATO IPSILATERAL
CD. APOS ALTA DA NEURO, ENCAMINHAR PARA TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
TORIBIO GOMES PEREIRA
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
06/05/2018 03:16:58

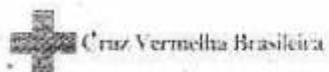
Observações



JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SIN	Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	MOTIVO ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 05/05/2018 15:46:12		Data/Hora Prescrição 05/05/2018 20:30:26	

Anamnese

#NCR

Paciente vítima de acidente motociclistico por volta das 12h, com relato de perda de consciência e desorientação.

Ao exame

AO=4 RV=4 RM=6

Iso:/foto

Mobiliza os 4 membros

Tc crânio sem alterações traumáticas agudas

cd. OBS NCR

ortopedia

paciente em observação da NCR ,HIPORESPONSIVO ,NÃO CONSEGUI ENCONTRAR OS EXAMES RADIOGRAFICOS NO SISTEMA .

Conduta

Em observação

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

RAIFF LEITE SOARES

(CRM- 9350/PB)

Dr. Raiff Leite Soares

Ortopedia e Traumatologia

-05-05-0351



CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

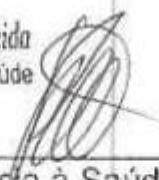
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 125859 e Prontuário Nº 2018.05.000733 pertencentes a **JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 06/05/2018 ás 15H36min, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura proximal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2018 com alta médica dia 05/06/2018.

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

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

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


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Mec

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <i>José Evangelista Felix</i> Data da Admissão: <u>/ /</u>			
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:		Profissão:	
Cidade:		Estado:	Fone:
Sexo: F() M() Cor:		Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>/ /</u>	
QPD: <i>Traorei um 1/3 prum pell</i>			
HDA: <i>Sofreia hemicrício 1/3 prum pell</i> <i>tosse dor, Edema, fome, sede.</i> <i>No hano junti se Teme um fome</i> <i>aperto tisp, Dor de fome e</i> <i>orugas.</i>			
Medicações em uso: <i>?</i>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e PESCOÇO: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematémese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Idade 59

Data: 06/05/2018 11:35:03 Sexo Masculino CPF: Não Informado

BAE: 1080068

ENCAMINHAMENTO

AO ORTORAUMA.

#ORTOPEDIA#

ENCAMINHO O PACIENTE ACIMA CITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA, IMEDIATAMENTE ABAIXO DE MATERIAL DE
SÍNTSE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr Francinello Freitas

Médico

CRM PB 9603

ANE 703404579057800

Drº. FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS

9603/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	JOÃO EVANGELISTA FÉLIX			Registro:		
Idade:	59	Sexo:	M	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	01/06/18	Cirurgião:	Dr. ROBERTO ALMEIDA			1º Assistente: LEONILDO R. Z.
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						CID
- Fratura em TIBA Proximal (Fratura Penírica)						(D)
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						CÓDIGO
- RMS +						
- TRATAMENTO cirúrgico de Fratura em TIBA proximal						(D)
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:						
1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA SOB Anestesia
- 2) ASSESSO + ANTISSÉPSIA
- 3) ALOSÍCITO DE CARPOS ESTÍNEIS

Incisão:

- 4) INCISÃO EM RELEVO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍbia (5)
- 6) DISSECCÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados: INFLAMA

- 6) INFLAMAÇÃO DA TÍbia PROXIMAL (2)
- 7) PRESENÇA DE MATRIZ DE SÍNTese
EM PLATO MEDIAL (2)

Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATRIZ DE SÍNTese
- 9) CAVITATÓ ABDITA
- 10) FIXAÇÃO DA PRATURA COM PERCA "T"
10 FIOS + 2 RENFUSOS ESPONGIOS
+ 5 RENFUSOS CENTRAIS
- 11) SUTURA EM PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) RX DE CONTROLE

Fechamento:

- 14) TAC COXOPODÉLICA

OBS:

Mesmo Dr. ROBERTO ALMEIDA
AMBULÁNCIO

Data: 01/06/18

Dr. Leonardo
Medico
CRM/PB 10337
MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	João Evangelista Félix de Oliveira				PROVVISORIO SP	
IDADES	SEXTA	SEXO	CLASSE	OPERA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSAO	06/05/18		DATA DE ALTA	05/06/18		TEMPO DE PERMANENCIA
DIAGNOSTICO INICIAL	Fratura do fêmur proximal direito					CD
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	() GENNER					
OUTROS DIAGNOSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES	E.F + Radiografia					
TRATAMENTO REALIZADO	osteosíntese da fibra proximal direita					
TERAPIA MEDICAMENTOSA						
ANAMNESA PATOLÓGICA						
INFILTRAÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICIONES REAIS	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA: EVOLUÇÃO: TRAUMATICO COMPLACIO TOMOU FEbre alta. Unhas de fricção. Oss. Pélvis clivus com fractura fêmur proximal subfracto e descolamento articular. Revisão ORL com lesões bucofaríngeas. Vér. gástrica em supressão.					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativa em casa por _____ dias.

Reformas atendidas com esforço físico em _____ dias

Reclama de atividades com esforço físico leve em ____ dias e com esforço maior em ____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lává-la com água e sabão duas vezes por dia. Se tiver dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ligue-se ao seu médico ou ao hospital mais próximo.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Aspirina 500 mg, ATMs 7 analgésicos

RETORNO Ao posto de saude em 15 dias para retirada de pontos.
em 30 dias para revisão 15 dias

05/06/13 DATA Dr. Leonardo Miranda
Médico CRM-PI 1007 ASS MÉDICO CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO



REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
746.342 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 17/09/2013

NOME JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE BR DATA DE NASCIMENTO 15/09/1936

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS. 173V LIV. B-07

CPN C. 11.10 BAYEUX-PB

205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.115 DE 29/08/83



REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME 746.342 - 2 VIA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE
BRAZILIANA

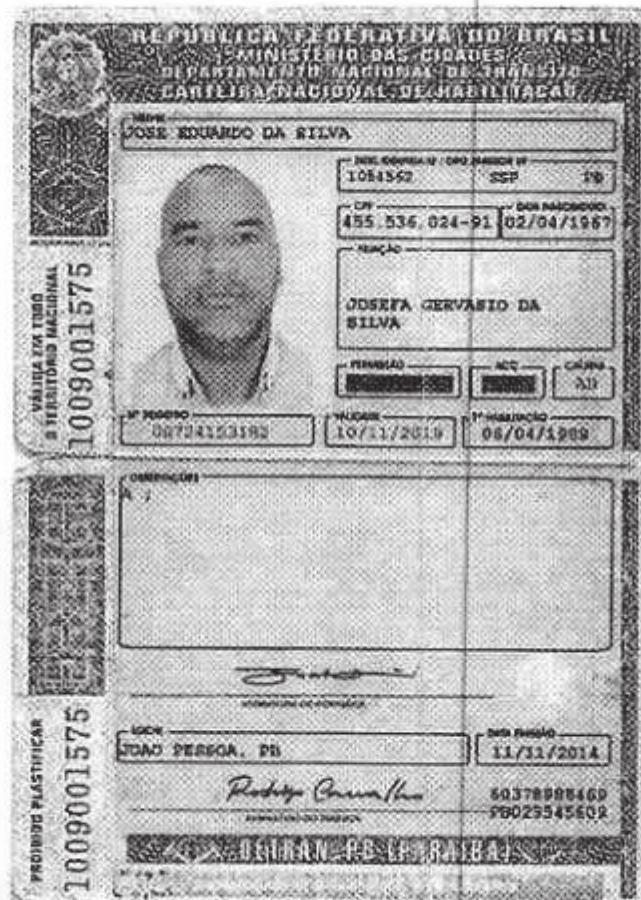
DATA DE NASCIMENTO
15/09/1958

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS.173V LIV.B-07

C. 11110 BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83





REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME 746.342 - 2 VIA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE
BRAZILIANA

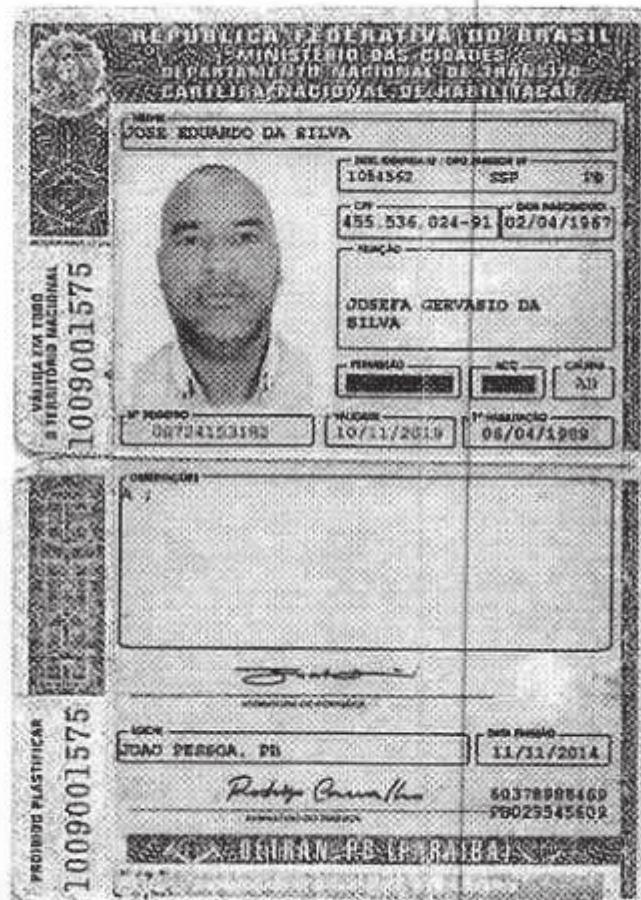
DATA DE NASCIMENTO
15/09/1998

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS.173V LIV.B-07

C. 11110 BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83





REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME 746.342 - 2 VIA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE
BRAZILIANA

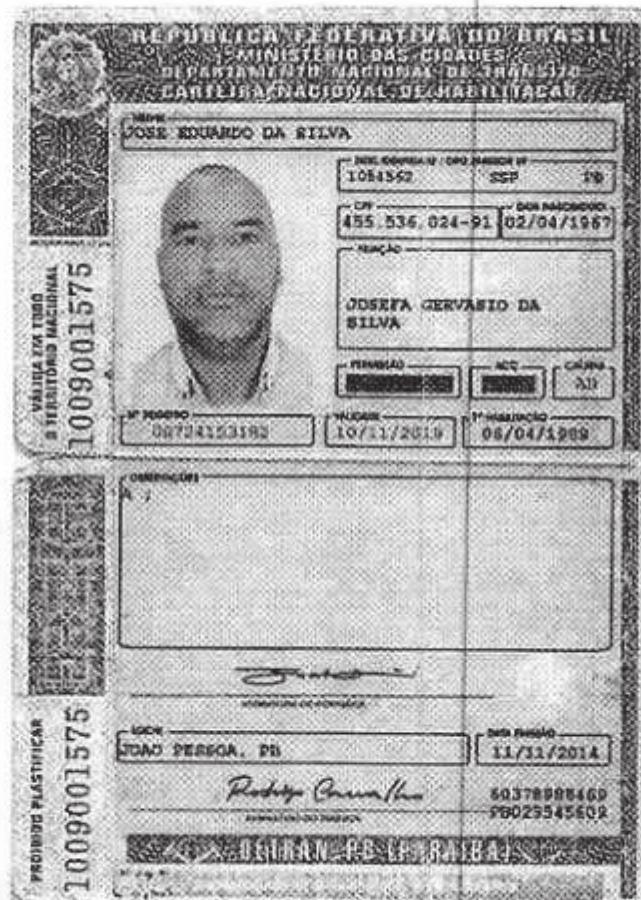
DATA DE NASCIMENTO
15/09/1958

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS. 173V LIV. B-07

C. 11110 BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.110 DE 29/06/83



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX

DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

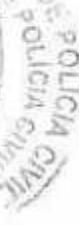
Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu João Evangelista Félix de Oliveira, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

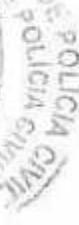
QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG-125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11173.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11173.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 26 de setembro de 2019, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu João Evangelista Félix de Oliveira, CPF nº 205.674.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Assentador de Mármore, filho(a) de Esmeraldina Saraiva de Oliveira e João Félix de Oliveira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 15/09/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zumbi dos Palmares, Nº 24, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98773-4798.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Bancário Sérgio Guerra, Próximo Ao Shopping Sul., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/05/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/05/2018 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Rua Bancário Sérgio Guerra; principal dos Bancários, nas imediações do Shopping Sul, com o veículo tipo HONDA/CG-125 FAN KS, ano e modelo: 2013/2013, de cor preta, de placa: OGA2248/PB CHASSI: 9C2JC4110DR811202 pertencente ao Sr. Roberto Rodrigues da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo que evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.080.068, FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITA CID S82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 26 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA
Noticiante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX

DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX

DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME 746.342 - 2 VIA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE
BRAZILIANA

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1958

DOC. ORIGEM N. 3308 FLS. 173V LIV. B-07

C. 11110 BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.110 DE 29/06/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX

DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3190596680

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas - Líbr- Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 511 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

32 000 315 66

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

João Evangelista F. de Oliveira

CPF do beneficiário:

305.674.304-30

Nome do solicitante:

João Evangelista F. de Oliveira

CPF do solicitante:

655.536.024-13

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (

85) 98663-4900

Tel. Comercial: (

000)

Tel. Residencial: (

000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

Sótoes

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCRIVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

João Pessoa - PB 27/04/2020

Lugar e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).



Scanned with CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM PERDA DE 50% DA FLEXÃO E 10 GRAUS DE EXTENSÃO, HIPOTROFIA DA COXA DIREITA E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM PERDA DE 50% DA FLEXÃO E 10 GRAUS DE EXTENSÃO, HIPOTROFIA DA COXA DIREITA E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E OLIVEIRA PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas:

APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE, DE ACORDO COM PARECER DE ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL EM 31/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE) ALTA MÉDICA P.01/20/21

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCESSO JUDICIAL TEVE UM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DA AUDIÇÃO BILATERAL.(13.500)

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE, DE ACORDO COM PARECER DE ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL EM 31/01/2020.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031566 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE) ALTA MÉDICA P.01/20/21

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCESSO JUDICIAL TEVE UM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DA AUDIÇÃO BILATERAL.(13.500)

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596680 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E OLIVEIRA PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P18 P19 P20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, EM SINISTRO ANTERIOR (2014/250903 - JUDICIAL) OCORRIDO EM 06/09/2011. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: *João Evangelista F de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Assistente de Manutenção*, residente e domiciliado à Rua *Zumbi dos Palmares* nº *29*, bairro *Maria Andrade*, Município de *Pau dos Ferros*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58305-000*, portador(a) do RG nº *E4L 341-2*, SSP/... e CPF nº *205.674.304-30*.

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Genílio Sampaio* nº *157*, bairro *Alto Sábera*, Município de *João Pessoa*, Estado de (o) *PB*, Cep: *58056-304*, portador (a) do RG nº *305-4562*, SSP/... e CPF nº *455.536.024-91*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) *Sr.(a) Joao Evangelista F de Oliveira*, ocorrido em *05/05/18*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 26, de *setembro* de 2019.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

João Evangelista Félix de Oliveira
Outorgante
CPF Nº *205.674.304-30*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: *João Evangelista F de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Assistente de Manutenção*, residente e domiciliado à Rua *Zumbi dos Palmares* nº *29*, bairro *Maria Andrade*, Município de *Pau dos Ferros*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58305-000*, portador(a) do RG nº *E4L 341-2*, SSP/... e CPF nº *205.674.304-30*.

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Genílio Sampaio* nº *157*, bairro *Alto Sábera*, Município de *João Pessoa*, Estado de (o) *PB*, Cep: *58056-304*, portador (a) do RG nº *305-4562*, SSP/... e CPF nº *455.536.024-91*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) *Sr.(a) Joao Evangelista F de Oliveira*, ocorrido em *05/05/18*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 26, de *setembro* de 2019.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

João Evangelista Félix de Oliveira
Outorgante
CPF Nº *205.674.304-30*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: *João Evangelista F de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Assistente de Manutenção*, residente e domiciliado à Rua *Zumbi dos Palmares* nº *29*, bairro *Maria Andrade*, Municipio de *Pau dos Ferros*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58305-000*, portador(a) do Rg nº *E4L 341-2*, SSP/..... e CPF nº *205.674.304-30*.

Outorgado: *João Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Genílio Sampaio* nº *157*, bairro *Alto Sábera*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de (o) *PB*, Cep: *58056-304*, portador (a) do RG nº *305-4562*, SSP/..... e CPF nº *455.536.024-91*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) *Sr.(a) Joao Evangelista F de Oliveira*, ocorrido em *05/05/18*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 26, de *setembro* de 2019.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

João Evangelista Felix Oliveira
Outorgante
CPF Nº *205.674.304-30*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367590/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026750/20

Número do Sinistro: 3200031566

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA
CPF: 205.674.304-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026750/20

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414038/19

Vítima: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 205.674.304-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA : 205.674.304-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA