

---

**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

---

**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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ 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: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

34

Impressão digital de 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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ 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: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

34

Impressão digital de 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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ 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: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

34

Impressão digital de 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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

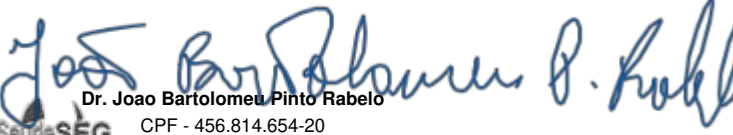
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200031566  
Nome do(a) Examinado(a): Joao Evangelista Felix de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Zumbi dos Palmares, 24  
Mario Andreazza Bayeux PB CEP: 58305-060  
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 HOVE 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( X ) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO 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 (\*).
- |  |  |
|--|--|
| <p><b>( ) "Vítima em tratamento"</b><br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p><b>( ) "Sem sequela permanente"</b><br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>JOELHO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>( X ) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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







**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 Gouvêa 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

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 Gouvêa 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 Gouvêa 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 Gouvêa 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ 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: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

34

Impressão digital de 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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ 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: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

34

Impressão digital de 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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ 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: 614235

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

34

Impressão digital de 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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 0332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religioso	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Nome ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Pa JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Residência			Responsável (Paciente) O MESMO - O MESMO(A)	
			DDI Fixo	DDI Celular
Telefone Móvel 93	Fone Móvel 900000000		Nº Cnh	
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência BANCARIOS			CEC/R	
Endereço	Naturalidade BAYEUX			

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Barro BANCARIOS

## Admissão

Data e Hora 15.05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade PURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Local de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Condição física Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

## Sinais Vitais

Pressão X mmHg	Pulso	Temperatura
-------------------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:


Tempo	01min 34seg
-------	-------------

Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	
--	--

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 0332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religioso	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Nome ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Pa JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Parentalidade			Responsável (Paciente) O MESMO - O MESMO(A)	
			DDO Fixo	DDO Teto
Telefone Móvel 93	Fone Móvel 900000000		Nº Cnt	
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência BANCARIOS			CEC/R	
Endereço	Naturalidade BAYEUX			

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Barro BANCARIOS

## Admissão

Data e Hora 15.05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade PURGIA 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

Condição física Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

## Sinais Vitais

Pressão X mmHg	Pulso	Temperatura
-------------------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:


Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 01min 34seg
--	----------------------

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 0332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religioso	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Nome ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Pa JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Parentalidade			Responsável (Paciente) O MESMO - O MESMO(A)	
			DDO Fixo	DDO Fixo
Telefone Móvel 93	Fone Móvel 900000000		Nº Cnt	
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência BANCARIOS			CEC/R	
Endereço	Naturalidade BAYEUX			

## Endereço

CEP 18051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Barro BANCARIOS

## Admissão

Data e Hora 15.05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade PURGIA 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

Condição física Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

## Sinais Vitais

Pressão X mmHg	Pulso	Temperatura
-------------------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:


Tempo	01min 34seg
-------	-------------

Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	
--	--

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 0332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religioso	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Nome ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Pa JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Residência			Responsável (Paciente) O MESMO - O MESMO(A)	
			DDI Fixo	DDI Celular
Telefone Móvel 93	Fone Móvel 900000000		Nº Cnh	
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência BANCARIOS			CEC/R	
Endereço	Naturalidade BAYEUX			

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Barro BANCARIOS

## Admissão

Data e Hora 15.05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade PURGIA 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

Condição física Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

## Sinais Vitais

Pressão X mmHg	Pulso	Temperatura
-------------------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:


Tempo	01min 34seg
-------	-------------

Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	
--	--

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 0332165780

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

ID 1230330	Nome JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA	Estado civil	Religioso	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59 anos 7 meses 20 dias			
Nome ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Pa JOAO FELIX DE OLIVEIRA	
Parentalidade			Responsável (Paciente) O MESMO - O MESMO(A)	
			DDO Fixo	DDO Teto
Telefone Móvel 93	Fone Móvel 900000000		Nº Cnt	
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 746341		Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência BANCARIOS			CEC/R	
Endereço	Naturalidade BAYEUX			

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 31N	Complemento		Barro BANCARIOS

## Admissão

Data e Hora 15.05/2018 15:46:12	Número da pulseira 1000004249329	Convênio SUS
Especialidade PURGIA 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

Condição física Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tempo Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

## Sinais Vitais

Pressão X mmHg	Pulso	Temperatura
-------------------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos:


Tempo	01min 34seg
-------	-------------

Atendido 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: 000000061423-5

---

Nr. da Autenticação A5352EB6F5BE2A06

Realizante: Tânia Maria de Oliveira SOBRINHO, CPF: 02.536.454-7, Endereço: 4.306 M236  
Realizante: Tânia Maria de Oliveira SOBRINHO, CPF: 02.536.454-7, Endereço: 4.306 M236



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é resguardado em conta.

Bônus para simples pagamento da nota fiscal: 0,5% de desconto. N° 029.654.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.523-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

20/08/2019

## CONSUMO

150

## VENCIMENTO

27/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 - JOÃO 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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

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

[illegible]

Red name Pub. Autom. 00041247

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	25/09/2019	25/10/2019	467.717.434-20 Soc. Eire

5/418247-3

Junta de do MOVIMENTO 200 NA BRASL 5000 mil  
saude.gov.br/2000/05/2000

[illegible]

R\$ 68,29

38	60	77	76	92	92	90	87	88	78	85	75
Smith	Quate	Nguyen	Deane	Wright	Fairlie	Martins	Ward	Martin	Lee	Wright	Nguyen

Indicadores de Qualidade 7/2013-011

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Fundo Patrocinio	100,00	100%
- Utilizacao	100,00	100%
- Salario	70,00	70%
- Beneficio	30,00	30%
Total	80,29	100,00

### Faturas em atraso

Realizante: Tânia Maria de Oliveira SOBRINHO, CPF: 02.536.454-7, Endereço: 4.306 M236  
Realizante: Tânia Maria de Oliveira SOBRINHO, CPF: 02.536.454-7, Endereço: 4.306 M236



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é resguardado em conta.

Bônus para simplificar pagamento da nota fiscal: taxa de energia elétrica: N° 029.654.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.523-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

20/08/2019

## CONSUMO

150

## VENCIMENTO

27/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 - JOÃO 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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

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

Realizante: Tânia Maria de Oliveira SOBRINHO, CPF: 02.536.454-7, Endereço: 4.306 M236  
Realizante: Tânia Maria de Oliveira SOBRINHO, CPF: 02.536.454-7, Endereço: 4.306 M236



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é resguardado em conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 029.654.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.016.523-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

20/08/2019

## CONSUMO

150

## VENCIMENTO

27/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 - JOÃO 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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 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](http://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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOY@CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose 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 20567430430

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 20567430430, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

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](http://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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOY@CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose 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 20567430430

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 20567430430, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

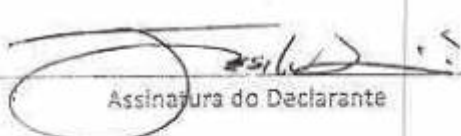
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

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](http://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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOY@CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose 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 20567430430

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 20567430430, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

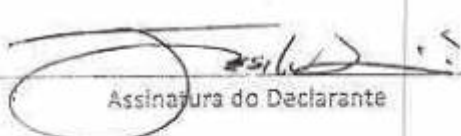
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

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](http://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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIO/CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose 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 20567430430

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Evangelista F. de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 20567430430, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

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

26/09/18

## 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 ingesta de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocóricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortotrauma 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 abdomen superior  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

### TRATAMENTO:

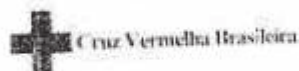
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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

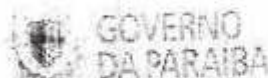
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1080068



### Identificação do paciente

ID 1286330	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias			Pronúncia
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 Cns	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

### Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 571	Complemento		Bairro BANCARIOS

### Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:48:12	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	Pulso 17	Temperatura 36
---------------------	-------------	-------------------

### Exames complementares

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

Dados clínicos

Valores vitais em repouso: PA 140/80, FC 17, T 36,5. Exames complementares: Raio X, Sangue, Urina, TC, Liquor, ECG, Ultrasonografia.

Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Dr. Sérgio de Souza  
Enfermeiro  
COSEN. DE 11/11/18

Imprimir

Tempo  
01min 34seg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento			Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
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	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							

Dr. Daniel Hortiz  
CRM: 10976  
05 de Maio de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE  
CRM: 10976





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>PACIENTE NAO IDENTIFICADO</b>		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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>			Prontuário	
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, ESCORIOCOES 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 (MGTSM)  
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 SI CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Dr. Daniel Hortiz  
Coloproctologia  
Cirurgia Digestiva  
CRM-PB 20.976

Relatório assinado por KELLY DE SOUZA BARBOSA em 05/05/2018 15:47:46

05/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280147&pesquisa=coope...

**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)




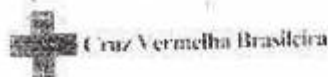
**Guia de Encaminhamento Externo****Dados do paciente**

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 11:38:03	

 Dr. Francinillo Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 703404579057800  
Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO</b>	Nº Cons. Regional <b>6700/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 10:29:54</b>	

### Anamnese

PACIENTE POLITRAUMATIZADO  
ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE  
COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERENCIA  
LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR  
ABDOMEN 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)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

**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)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1030068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 09:48:15</b>	

**Anamnese**

# CIRURGIA TORÁCICA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCCOLIZADO.

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 5252JOSE EURIDES LIBERALINO  
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA






Unidade  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 06/05/18 06:50													
Usuário: WESLEY													
Boleim 1080068													
													
Nome		Data do		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		15/09/1958		59a 7m 21d		MASCULINO		1080068				06/05/2018 06:50:13	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito										Validade da Prescrição	
												06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00	
Convenio		Matricula		Senha									
SUS													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	------------

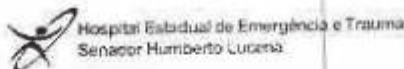
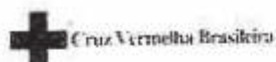
1	SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA	0.0					
---	--	-----	--	--	--	--	--

05 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira Da Silva  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PA 9170

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 <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1880066</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mão <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>			Prontuário
Bairro <b>BANCÁRIOS</b>		Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>9270/</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 06:50:13</b>	
<b>Anamnese</b> <b># CIRURGIA GERAL#</b> <p>PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO,, COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA,, E RNC.</p> <p>FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO.</p> <p>TC DE TORAXDENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA, DISCRETAS ÁREA DE ESPESSEAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CISTICAS SUBPLEURAS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO</p> <p>CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA</p>			
<b>CUIDADOS</b> <p>SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA</p>			
<b>Conduta</b> <p>Em observação</p>			

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
(CRM: 9270/)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-08 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	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**

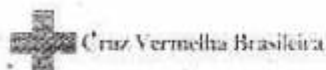
Usuário  
**TORIBIO GOMES PEREIRA**  
Motivo de Alta  
**ALTA HOSPITALAR**

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

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

TORIBIO GOMES PEREIRA  
(CRM: 6350/PB)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

**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  
CRM: 9350





## CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, 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 às 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, dato 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 Regular  
Data: 06/05/2018  
Hora: 15:36:07  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AF  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.05.000733

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 SARAIVA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

Localidade: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

TC:	
DT:	24-05-18
Hora:	14:40

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

UMA NO MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do ortopedico com fratura de fêmur  
sem fixação. Achei e supondo no fêmur a fêla  
do fêmur. Ex. fêmur 1/3 proximal

Diagnostico

Conduta: R.P.

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO


DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/>

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Kelly</u>		Data da Admissão: <u>1/1</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Trauma no 1/3 frontal (colado)</u>			
HDA: <u>Sofreu trauma 1/3 frontal a 45° do dor, edema e fratura simples. No hemi-frente já tem uma fratura de 1/3 superior, sendo de fratura fechada.</u>			
Medicações em uso: _____			
			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade _____ [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			



## 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 SÍNTESE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinello Freitas  
Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS

9603/null





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSESSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

### Incisão:

- 4) INCISÃO EM REGIÃO POSTEROMEDIAL
- 5) ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍBIA (D)
- 6) DISSECCÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

### Achados:

- 7) FRACTURA
- 8) FRACTURA EM TÍBIA PROXIMAL (D)
- 9) PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE
- 10) EM PLATO MEDIAL (D)

### Conduta:

- 11) RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
- 12) REDUÇÃO ABERTA
- 13) FIXAÇÃO DA FRACTURA COM PLACA "T"
- 14) 10 FIOS + 2 PLATOSOS ESPONGIOSOS
- 15) E 5 PLATOSOS CORTICIS
- 16) SUTURA POR PLANOS
- 17) CURATIVO
- 18) RX DE CONTROLE

### Fechamento:

- 19) TAPA COXOPOTÁLICA

### OBS:

MARCA DR. ROBERTO ALMEIDA  
AMBULATÓRIO

Data:

01.06.18

Dr. Leonar  
Médico  
CRM/PB 10334  
MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PROTECTOR	
João Evangelista Félis de Oliveira					
IDADE	SEXO	COR	CIVIL	ENF	LEITO
			Orfão	32	436
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
04/05/13		05/06/13			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CD	
Radura do fêmur proximal direito					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O tumor					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
E.F. + Radiografia					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
ORTEOSSÍNTESE DA TUBA PROXIMAL DIREITA					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			

**RESUMO CLÍNICO** HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

Doente com história de trauma em fêmur direito com fratura tipo proximal submetido a intervenção cirúrgica, com boa recuperação clínica. Em acompanhamento.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** lívica

**REPOUSO:** Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se surgir febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Opióides + Analgésicos

**RETORNO** Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do Dr. Roberto Almeida em 30 dias para revisão 15 dias.

05/06/13  
DATA

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM 108877  
ASS. MÉDICO / CRM



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 746.342 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA

ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938

DOC ORDEM N. 3308 PLS. 173V LIV. B-07

C. P. BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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

26/09/18

## 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 ingesta de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocóricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortotrauma 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 abdomen superior  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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

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 de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1080068



## Identificação do paciente

ID 1286330	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias			Pronúncia
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 Cns	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

## Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número 571	Complemento		Bairro BANCARIOS

## Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:48:12	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	PO 80	mmHg	Pulso 17	Temperatura 36
-----------	---	----------	------	-------------	-------------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Valores vitais de acordo com protocolo de atendimento  
de emergência TCC e exames de laboratório realizados.

Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Dr. Carlos Santiago de Almeida  
Enfermeiro  
COSEN. DE 11/11/18

Imprimir

Tempo  
01min 34seg

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
PACIENTE NAO IDENTIFICADO	01/01/1972	46a 4m 4d	MASCULINO	1080068		05/05/2018 15:56:47
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição					
	05/05/2018 15:56:00 - 06/05/2018 15:56:00					
Convenio	Matricula					Senha
SUS						

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

Dr. Daniel Hortiz  
CRM 10976  
05 de Maio de 2018

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE  
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>PACIENTE NAO IDENTIFICADO</b>		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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>			Prontuário	
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, ESCORIOCOES 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 (MGTSM)  
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 SI CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Dr. Daniel Hortiz  
Coloproctologia  
Cirurgia Digestiva  
CRM-PB 20.976

Relatório assinado por KELLY DE SOUZA BARBOSA em 05/05/2018 15:47:46

05/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280147&pesquisa=coope...

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

Dr. Daniel Hortic  
Coloproctologia  
Cirurgia Digestiva  
CRM/PA 10-976

PACINTE NAO IDENTIFICADO

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




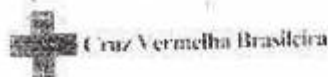
**Guia de Encaminhamento Externo****Dados do paciente**

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 11:38:03		

  
Dr. Francinaldo Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 703404579057800  
Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 10:29:54</b>	Nº Cons. Regional <b>6700/PB</b>

### Anamnese

PACIENTE POLITRAUMATIZADO  
ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE  
COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERENCIA  
LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR  
ABDOMEN 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)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, 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	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço BANCÁRIA NEUZA MORA, 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)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1030068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 09:48:15</b>	

**Anamnese**

# CIRURGIA TORÁCICA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCCOLIZADO.

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 5252JOSE EURIDES LIBERALINO  
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA





Unidade  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	------------

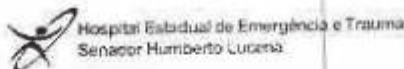
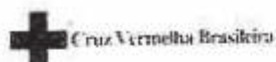
1	SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA	0.0					
---	--	-----	--	--	--	--	--

05 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira Da Silva  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PA 9170

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
CRM: 9270

Assinatura e Carimbo do Profissional



ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1880066</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mão <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>			Prontuário
Bairro <b>BANCÁRIOS</b>		Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>9270/</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 06:50:13</b>	
<b>Anamnese</b> <b># CIRURGIA GERAL#</b> 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 ESPESSEAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CISTICAS SUBPLEURAS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA			
<b>CUIDADOS</b> SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA			
<b>Conduta</b> Em observação			

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

 Dr. Wesley Pereira da Silva  
 WESLEY PEREIRA DA SILVA  
 (CRM: 9270/)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-08 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	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 - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 6350

TORIBIO GOMES PEREIRA  
(CRM: 6350/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

**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  
CRM: 9350



## CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, 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 às 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, dato 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 Regular  
Data: 06/05/2018  
Hora: 15:36:07  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AF  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.05.000733

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 SARAIVA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

Localidade: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

TC:	
DT:	24-05-18
Hora:	14:40

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

UMA NO MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do ortopedico com fratura de fêmur  
sem fixação. Achei e supondo no fêmur a fêla  
do fêmur. Ex. fêmur 1/3 proximal

Diagnostico

Conduta: R.P.

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/>

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Kelly</u>		Data da Admissão: <u>  /  /  </u>	
Prontuário: <u>                    </u>	Idade: <u>                    </u>	Enfermaria: <u>                    </u>	Leito: <u>                    </u>
Nome da Mãe: <u>                    </u>		Bairro: <u>                    </u>	
Endereço: <u>                    </u>		Profissão: <u>                    </u>	
Cidade: <u>                    </u>	Estado: <u>                    </u>	Fone: <u>                    </u>	Religião: <u>                    </u>
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: <u>                    </u>	Estado Civil: <u>                    </u>	Data de Nascimento <u>  /  /  </u>
Escolaridade: <u>                    </u>			
QPD: <u>Trauma no 1/3 parietal direito</u>			
HDA: <u>Sofreu trauma 1/3 parietal direito no dor, edema, fratura simples. No hemisfério direito há trauma no fêmur e do fêmur, tendo se fracturado fixado.</u>			
Medicações em uso: <u>                    </u>			
<p><b>Interrogatório Sintomatológico:</b></p> <p><b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u>      </u> Kg em <u>      </u> <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: <u>                    </u></p> <p><b>Pele:</b> <u>                    </u></p> <p><b>Cabeça e Pescoço:</b> <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: <u>                    </u> Visão: <u>                    </u></p> <p><b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <u>                    </u> <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise  <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <u>                    </u> Outros: <u>                    </u></p> <p><b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <u>                    </u> <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <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</p> <p><b>AGU:</b> <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: <u>                    </u></p> <p><b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <u>                    </u> <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <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</p> <p><b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <u>                    </u>  <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor <u>                    </u></p>			



## 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 SÍNTESE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinello Freitas  
Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS

9603/null





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSESSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

### Incisão:

- 4) INCISÃO EM REGIÃO POSTEROMEDIAL  
P/ ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍBIA (D)
- 5) DISSECCÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

### Achados:

- FRATURA
- 6) FRATURA EM TÍBIA PROXIMAL (D)
  - 7) PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE  
EM PLATO MEDIAL (D)

### Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
- 9) REDUÇÃO ABERTA
- 10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T"  
10 FIOS + 2 PLATOSOS ESPONGIOSOS  
E 5 PLATOSOS CORTICIS
- 11) SUTURA POR PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) RX DE CONTROLE

### Fechamento:

- 14) TAPA COXOPODÁLICA

### OBS:

MARCA DR. ROBERTO ALMEIDA  
AMBULATÓRIO

Data:

01.06.18

Dr. Leonar  
Médico  
CRM/PB 10331  
MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: João Evangelista Félis de Oliveira				PROTECTOR Nº	
IDADE:	SEXO:	COR:	CIÊNCIA:	ENF:	LEITO:
			ORPO	32	436
DATA DE ADMISSÃO: 04/05/13		DATA DE ALTA: 05/06/13		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Rinite do tipo perioral Rinite				CD	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: R. Rinite					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: E.F. + Radiografia					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: ANTI-OBSTRUTIVO DA TUBA PARANASAL DIREITA					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INSEÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA:		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

**RESUMO CLÍNICO** HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLEXO HOSPITALAR

Doente com história de rinite do tipo perioral com fratura da tuba paranasal esquerda e rinite alérgica. Rinite alérgica com ressonância sinusal. Em tratamento com corticosteróides.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** LÍQUIDA

**REPOUSO:** Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" na ferida, ou se surgir febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Omeprazol 20mg + Amoxicilina 500mg

**RETORNO** Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do Dr. Roberto Almeida em 30 dias para revisão 15 dias.

05/06/13  
DATA

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM 100000  
ASS. MÉDICO / CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

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

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA

ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938

DOC ORDEM N. 3308 PLS. 173V LIV. B-07

C. P. BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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

26/09/18

## 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 ingesta de bebida alcoólica, com TCE, Glasgow 14, no momento do atendimento, pupilas isocóricas e fotorreagentes, trauma na face, sinais de fratura de tibia proximal direita. Abdomen sem queixas. Encaminhado para o Ortotrauma 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 abdomen superior  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita

### TRATAMENTO:

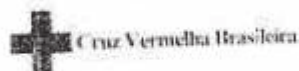
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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

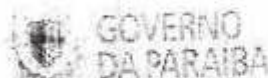
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1080068



### Identificação do paciente

ID 1286330	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 46 anos 4 meses 4 dias			Pronúncia
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 Cns	
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

### Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCARIA NEUZA MEIRA
Número SW	Complemento		Bairro BANCARIOS

### Admissão

Data e Hora 05/05/2018 15:48:12	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	PO 80	mmHg	Pulso 17	Temperatura 36
-----------	---	----------	------	-------------	-------------------

### Exames complementares

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

Dados clínicos

*Valores vitais de rotina como sempre. Ultrassom de abdome e TCC e exames de laboratório realizados.*

Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

*Dr. Carlos Santiago de Souza*  
Enfermeiro  
COSEN. DE 11/11/18

Imprimir

Tempo  
01min 34seg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

Dr. Daniel Hortiz  
Cirurgia Digestiva  
CRM/MS 10.976

DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE  
CRM: 10976

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>PACIENTE NAO IDENTIFICADO</b>		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	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe <b>NAO INFORMADO</b>			Prontuário	
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, ESCORIOCOES 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 (MGTSM)  
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 SI CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTRASTE EV)  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Dr. Daniel Hortiz  
Coloproctologia  
Cirurgia Digestiva  
CRM-PB 20.976

Relatório assinado por KELLY DE SOUZA BARBOSA em 05/05/2018 15:47:46

05/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=280147&pesquisa=coope...

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

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

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

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




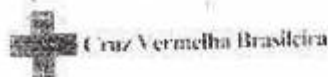
**Guia de Encaminhamento Externo****Dados do paciente**

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 11:38:03		

  
Dr. Francinaldo Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 703404579057800  
Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1080068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO</b>	Nº Cons. Regional <b>6700/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 10:29:54</b>	

### Anamnese

PACIENTE POLITRAUMATIZADO  
ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE  
COM FRATURA DE TIBIA EM TRANSFERENCIA PARA INIDADE DE REFERENCIA  
LESAO INGUINAL JA SUTURADA SEM ACOMETIMENTO VASCULAR  
ABDOMEN 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)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, 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	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MORA, 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)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1030068</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 09:48:15</b>	

**Anamnese**

# CIRURGIA TORÁCICA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, ALCCOLIZADO.

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 5252JOSE EURIDES LIBERALINO  
(: 5252/PB)

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA






Unidade  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 06/05/18 06:50													
Usuário: WESLEY													
Boleim 1080068													
													
Nome		Data do		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA		15/09/1958		59a 7m 21d		MASCULINO		1080068				06/05/2018 06:50:13	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito										Validade da Prescrição	
												06/05/2018 06:50:00 - 07/05/2018 06:50:00	
Convenio		Matricula		Senha									
SUS													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	------------

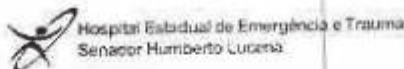
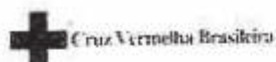
1	SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA	0.0					
TORÁCICA							

05 de Maio de 2018

Dr. Wesley Pereira Da Silva  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PA 9170

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 <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1880066</b>	Data/Hora Entrada <b>05/05/2018 15:46:12</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>15/09/1958</b>	Idade <b>59a 7m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mão <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>			Prontuário
Bairro <b>BANCÁRIOS</b>			UF <b>PB</b>
Município <b>JOAO PESSOA</b>			Nº Cons. Regional <b>9276/</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>
Data/Hora Classificação <b>05/05/2018 15:46:12</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/05/2018 06:50:13</b>	
<b>Anamnese</b> <b># CIRURGIA GERAL#</b> <p>PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO, ALCCOLIZADO,, COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL DIREITA,, E RNC.</p> <p>FERIDA EM REGIÃO INGUINAL ESQUERDA SUTURADA, TC DE ABDOME LEÃO INGUINAL COM FOCOS ENFISEMATOSOS EM PERMEIO.</p> <p>TC DE TORAXDENSIFICAÇÕES LAMINARES NO LOBO MEDIO E LINGULA, DISCRETAS ÁREA DE ESPESSEAMENTO SEPTAL OPACIFICADAS EM VIDRO FOSO PEQUENAS IMAGENS CISTICAS SUBPLEURAS DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO</p> <p>CD SUTURA, E PARECER DA CIRURGIA TORACICA</p>			
<b>CUIDADOS</b> <p>SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA</p>			
<b>Conduta</b> <p>Em observação</p>			

JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
(CRM: 9270/)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA</b>	BAE 1080068	Data/Hora Entrada 05/05/2018 15:46:12	Data Baixa 2018-05-08 03:16:58.0
Data de nascimento 15/09/1958	Idade 59a 7m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço <b>BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N</b>	Bairro <b>BANCÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	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 - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 6350

TORIBIO GOMES PEREIRA  
(CRM: 6350/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, 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	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe	ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA						Prontuário
Endereço	BANCÁRIA NEUZA MEIRA, S/N		Bairro	BANCÁRIOS	Município	JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	VEICULO X MOTO		Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	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  
CRM: PB 9350



## CERTIDÃO

Nº. 1412/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, 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 às 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, dato 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 Regular  
Data: 06/05/2018  
Hora: 15:36:07  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AF  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.05.000733

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 SARAIVA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

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

Localidade: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

TC:	
DT:	24-05-18
Hora:	14:40

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

UMA NO MI

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito	

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oriundo do ortopedico com fratura de fêmur  
sem fixação. Achei e supondo no fêmur a fêla  
S.O. R. e tibia 1/3 proximal

Diagnostico

Conduta: R.P.

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/>

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Evangelista Kelly</u>		Data da Admissão: <u>1/1</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Trauma no 1/3 parietal direito</u>			
HDA: <u>Sofreu trauma 1/3 parietal direito no dor, edema, fratura simples. No hemisfério direito há trauma no fêmur e tibia, sendo o fêmur fixado com placa e parafusos.</u>			
Medicações em uso: _____			
<p><b>Interrogatório Sintomatológico:</b></p> <p><b>Geral:</b> <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: _____</p> <p><b>Pele:</b> _____</p> <p><b>Cabeça e Pescoço:</b> <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: _____</p> <p><b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise  <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____</p> <p><b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <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</p> <p><b>AGU:</b> <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: _____</p> <p><b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <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</p> <p><b>SN e PSO:</b> <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 _____</p>			



## 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 SÍNTESE PRE-EXISTENTE.

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Francinello Freitas  
Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS

9603/null





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSESSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

### Incisão:

- 4) INCISÃO EM REGIÃO POSTEROMEDIAL  
P/ ACESSO AO PLATO MEDIAL DA TÍBIA (D)
- 5) DISSECCÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

### Achados:

- FRATURA
- 6) FRATURA EM TÍBIA PROXIMAL (D)
  - 7) PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE  
EM PLATO MEDIAL (D)

### Conduta:

- 8) RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
- 9) REDUÇÃO ABERTA
- 10) FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA "T"  
10 FIOS + 2 PLATOSOS ESPONGIOSOS  
E 5 PLATOSOS CORTICIS
- 11) SUTURA POR PLANOS
- 12) CURATIVO
- 13) RX DE CONTROLE

### Fechamento:

- 14) TAPA COXOPODÁLICA

### OBS:

MARCA DR. ROBERTO ALMEIDA  
AMBULATÓRIO

Data:

01.06.18

Dr. Leonar  
Médico  
CRM/PB 10334  
MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: João Evangelista Félis de Oliveira				PROTECTOR Nº	
IDADE:	SEXO:	COR:	CIÊNCIA:	ENF:	LEITO:
			ORPO	32	436
DATA DE ADMISSÃO: 04/05/13		DATA DE ALTA: 05/06/13		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Rinite do tipo perioral Rinite				CD	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: R. Rinite					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: E.F. + Radiografia					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: ANTI-OBSTRUTIVO NA TUBA PARANASAL DIREITA					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFEÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA:		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

**RESUMO CLÍNICO** HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLEXO HOSPITALAR

Doente com história de rinite do tipo perioral com fratura de tíbia proximal submetido a intervenção cirúrgica. Rinite do tipo perioral crônica. Em tratamento com medicamentos.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** LÍQUIDA

**REPOUSO:** Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se surgir febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Omeprazol 20mg + Amoxicilina 500mg

**RETORNO** Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do Dr. Roberto Almeida em 30 dias para revisão 15 dias.

05/06/13  
DATA

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM 100000  
ASS. MÉDICO / CRM

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 746.342 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA

ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938

DOC ORDEM N. 3308 PLS. 173V LIV. B-07

C. P. BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 746.341 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA

ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE PE DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938

DOO ORDEM R.3308 FLS.173V LIV.B-07



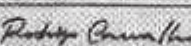
C. 110 BAYEUX-PB

CPF 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
<div>  </div>	
<small>REG. COMPANHIA / CPO. DADOS DE</small> 1081552      SSP      TO	<small>CPF</small> 455.536.024-91
<small>DATA NASCIMENTO</small> 02/04/1987	
<small>RELAÇÃO</small> JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
<small>PERMANENTE</small> <input checked="" type="checkbox"/>	<small>ACC</small> <input checked="" type="checkbox"/>
<small>CHAVE</small> 013	
<small>Nº REGISTRO</small> 08724123183	<small>LOCAL</small> 10/11/2019
<small>1ª HABITAÇÃO</small> 06/04/1989	
<small>COMPROVAÇÃO</small> <div>  </div>	
<small>LOCAL</small> JOÃO PESSOA, PB	
<small>DATA REGISTRO</small> 11/11/2014	
<small>ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO</small> <div>  </div>	
<small>60378888469</small> <small>90029545602</small>	
<small>JOÃO PESSOA, PB - 58100-000</small>	

VÁLIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1009001575

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 746.341 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA

ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE PE DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938



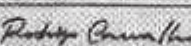
DOO ORDEM R.3308 FLS.173V LIV.B-07

CIP 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
<div>  </div>	
<small>REG. COMPANHIA / CPO. DADOS DE</small> 1081552      SSP      TO	<small>CPF</small> 455.536.024-91
<small>DATA NASCIMENTO</small> 02/04/1987	
<small>RELAÇÃO</small> JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
<small>PERMANENTE</small> <input checked="" type="checkbox"/>	<small>ACC</small> <input checked="" type="checkbox"/>
<small>CARTEIRA</small> <input checked="" type="checkbox"/>	
<small>Nº REGISTRO</small> 08724123183	<small>LOCAL</small> 10/11/2019
<small>1ª EMISSÃO</small> 06/04/1989	
<small>ASSINATURA</small> 	
<small>IDENTIFICAÇÃO DE PROPRIETÁRIO</small> DONO JOAO PEREIRA, PS	
<small>DATA PAGAMENTO</small> 11/11/2014	
<small>ASSINATURA</small> 	
<small>IDENTIFICAÇÃO DE PROPRIETÁRIO</small> 60378888469 90029545602	
<small>ASSINATURA</small> JOAO PEREIRA, PS	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 746.341 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA  
ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE PE DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938

DOO ORDEM R.3308 FLS.173V LIV.B-07



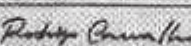
CPI C.110 BAYEUX-PB

205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
<div>  </div>	
<small>REG. COMPANHIA / CPO. DADOS DE</small> 1081552      SSP      TO	<small>CPF</small> 455.536.024-91
<small>DATA NASCIMENTO</small> 02/04/1987	
<small>RELAÇÃO</small> JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
<small>PERMANENTE</small> <input checked="" type="checkbox"/>	<small>ACC</small> <input checked="" type="checkbox"/>
<small>CHAVE</small> 113	
<small>Nº REGISTRO</small> 08724123183	<small>VALIDADEZ</small> 10/11/2019
<small>1ª EMISSÃO</small> 06/04/1989	
<small>ASSINATURA</small> 	
<small>IDENTIFICAÇÃO DE PROPRIETÁRIO</small> DONO JOAO PEREIRA, PS	
<small>DATA PAGAMENTO</small> 11/11/2014	
<small>ASSINATURA</small> 	
<small>IDENTIFICAÇÃO DE PROPRIETÁRIO</small> 60378888469 90029545602	
<small>ASSINATURA</small> JOAO PEREIRA, PS	

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1009001575

# 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

**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 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](http://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 Gouvêa 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 Gouvêa 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

**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 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](http://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

**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 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](http://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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P:02



*João Evangelista Félix de Oliveira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 746.341 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/2013

JOÃO EVANGELISTA FÉLIX DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOÃO FÉLIX DE OLIVEIRA

ESMERALDINA SARAIVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE PE DATA DE NASCIMENTO 15/09/1938

DOO ORDEM R.3308 FLS.173V LIV.B-07

CIP 205.674.304-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/63

# 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

**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 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre 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 51 12563 | 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: José Eduardo da Silva

CPF do solicitante: 655.536.024-913

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 83 ) 98663-4909

DDD

Tel. Comercial: ( )

DDD

Tel. Residencial: ( )

DDD

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 qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim da Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros:

Fotos

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

João Pessoa - PB 27/04/2020

Local e Data

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

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar 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, a seu pedido (a seu rogo).





# 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

**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 DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE 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 DÉFICIT 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 OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE 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 DEFICIT 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 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

**Valoração 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 ( OSTEOSSÍNTESE) 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

**Valoração 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 ( OSTEOSSÍNTESE) 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 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:** 01/11/2019

**Valoração 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: Antonio Evangelista T. de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, residente e domiciliado à Rua Zumbi dos Palmares nº 24, bairro Mariano, Andaraí Município de Batavia, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 742.341-2, SSP/ e CPF nº 905.674.304-30

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a),  
estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à  
Rua Agemle Eucalyf. Costa Duarte nº 157, bairro Alamogobeir  
Município de João Pessoa Estado de (o) PR Cep: 58056-304  
portador (a) do RG nº 105.4562 SSP/ PR 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) Paulo Vamgeste S. de Oliveira ocorrido em 05/03/18, 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**

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 Memória, residente e domiciliado à Rua Zumbi dos Palmares nº 24, bairro Marin, Andaraia Município de Patate, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 742.341-2, 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 Agente Euzelfe dos Santos nº 157, bairro Mam Cabete, Município de João Pessoa, Estado de (o) PR, Cep: 58056-304, portador (a) do RG nº 1054362 SSP/ PR 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) João Evangelista F. de Oliveira, ocorrido em 05/03/18, 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 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 Memória, residente e domiciliado à Rua Zumbi dos Palmares nº 24, bairro Marin, Andaraia Município de Patate, Estado de(o) PR, Cep: 58305-000, portador(a) do Rg nº 742.341-2, 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 Agente Eucalyptus nº 157, bairro Marin, Andaraia Município de João Pessoa, Estado de (o) PR, Cep: 58056-304, portador (a) do RG nº 1054362 SSP/ PR 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) João Evangelista F. de Oliveira, ocorrido em 05/03/18, 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 de 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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**Titular do CPF:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

## 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](http://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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**Titular do CPF:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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

## 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](http://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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 05/05/2018

**Titular do CPF:** JOAO EVANGELISTA FELIX DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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

## 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](http://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