



Número: **0804216-27.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **21/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

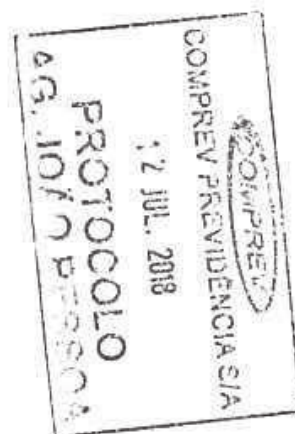
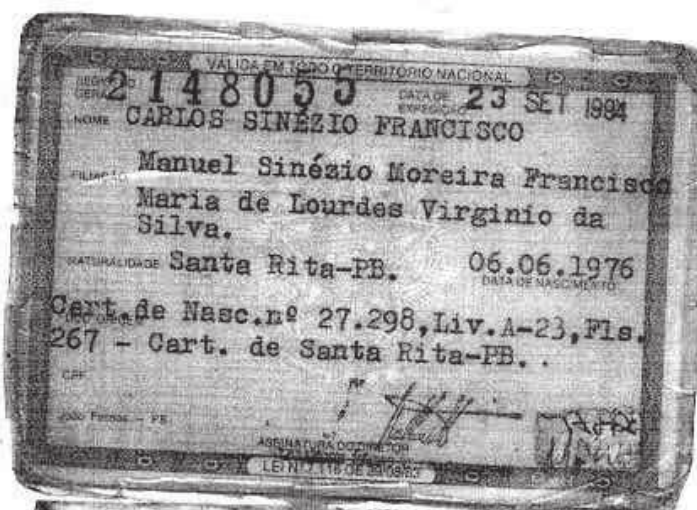
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS SINEZIO FRANCISCO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31836 135	26/06/2020 12:22	2730169_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Num. 31836135 - Pág. 2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA + FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.- TIBIA
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS.
FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA
SUTURA DO FERIMENTO DO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA, QUE EVOLUIU SEM DÉFICIT FUNCIONAL.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS TRATAMENTO CONSERVADOR E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES.
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA.
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 05/09/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.- TIBIA
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS.
FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA
SUTURA DO FERIMENTO DO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA, QUE EVOLUIU SEM DÉFICIT FUNCIONAL.
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS TRATAMENTO CONSERVADOR E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES.
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA.
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/09/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Sérgio Ferreira
 brasileiro(a), estado civil casado profissão
MOTO ROY, CI RG nº 214 8055,
 CPF/MF nº 00996134-10, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA 14 DE JULHO 252
 Cidade de TUBIRI Santa R.ª Estado
 CEP: 98663-4900, telefone 99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

12 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. 1010
 COMPREV PREVIDENCIA S/A

Boaventura, 15 de Dezembro de 20 17.

Paulo Sérgio Ferreira

OUTORGANTE

CARTÓRIO
 SUELO MOREIRA TORRES



Cartório de Registro de Imóveis de João Pessoa, Paraíba
 SUELO MOREIRA TORRES
 OAB nº 1212/2006

En testada verdade, em 15/02/2017, às 10h15
 Mely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta
 17017-001559 REG. Nº 49.25 FAPES-BA 0.27 CEP 1.05 15345 0.46
 Selo Digital: 4629256-4124
 Confira a autenticidade no endereço: www.cartorio.org.br



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Sinistro: 3180320653

Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Data do Acidente: 20/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180320653** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01799/01800 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13301758



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS SINEZIO FRANCISCO
Nº Sinistro: 3180320653
Vítima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO
Data do Acidente: 20/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180320653**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00333/0334 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13143929



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**

Nº Sinistro: **3180320653**

Vítima: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**

Data do Acidente: **20/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320653**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13108255

Pag. 01291/01292 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000006130-4

Nr. da Autenticação 08EE1B93DF44A3CD





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

009.961.134-10

Carlos Sinézio Francisco

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Sinézio Francisco	009.961.134-10	motorista
Endereço	Número	Complemento
Rua Gelada	35	
Bairro	Cidade	Estado
St. Beirora	Santa Rita	RS
Email	CEP	Telefone (DDD)
zeduardobilva@hotmail.com	5830000	943212.1170

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome			
AGÊNCIA N°			
D/V			
(Informar dígito se existir)			

AGÊNCIA N° 3348 D/V 6130 D/V 4
(Informar dígito se existir)

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

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2017

Local e Data

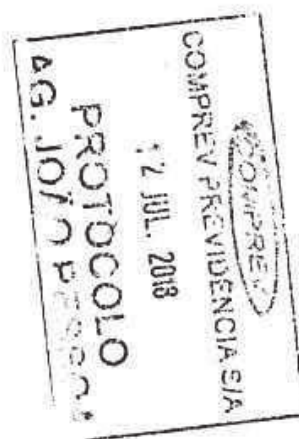
Carlos Sinézio Francisco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01541.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01541.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:26 horas do dia 29 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Carlos Sinézio Francisco**, CPF nº 009.961.134-10, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Maria de Lourdes Virginio da Silva e Manuel Sinézio Moreira Francisco, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/06/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jardim Europa, Nº SN, bairro Tibiri Ii, tendo como ponto de referência Bar de Ninão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-3568.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Três Lagoas, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/01/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

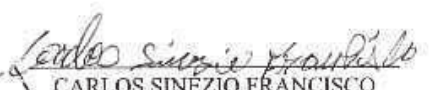
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG150 FAN ESDI, COR VERMELHA, ANO 2012/2012, PLACA OEX9825/PB, CHASSI 9C2KC1680CR441059, DE PROPRIEDADE DE WELLINGTON FERREIRA MEIRELES, quando foi atingido na lateral esquerda por uma CAMINHONETE preta não identificada, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 30.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

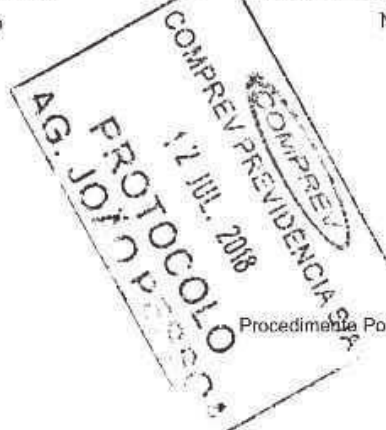
João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Noticiante



Procedimento Policial: 01541.01.2017.1.00.420



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Carlos Sinizio Francisco

CPF da Vítima

009.969.134-50

Data do Acidente

20-01-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Boa Vista, 15 de fevereiro de 2017

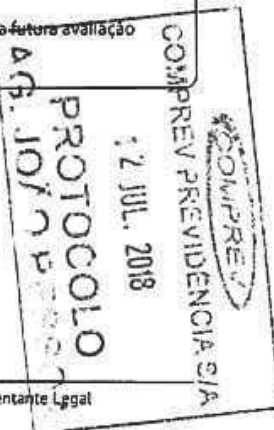
Local e Data

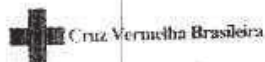
Carlos Sinizio Francisco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



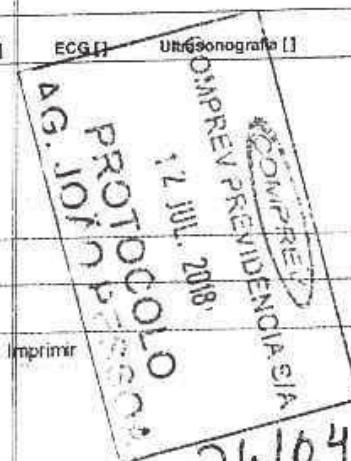
GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 975516



Identificação do paciente					
IO 1130458	Nome CARLOS SINEZO FRANCISCO			Sexo Masculino	
Data de nascimento 06/06/1976	Idade 40 anos 7 meses 14 dias	Estado civil	Religião NAO INFORMADA	Prontuário	
Mãe MARIA DE LOURDES VIRGINIO DA SILVA	Pai MANUEL SINEZO MOREIRA FRANCISCO				
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998873628	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2148055	Nº Cns			
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO		UF PB		
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES		
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR			
Admissão					
Data e Hora 20/01/2017 18:37:15	Número da pulseira 1000005620967	Convênio SUS			
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL				
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA				
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não		
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO				
Sinais Vitais					
PA X mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO					
Imprimir					



20/01/2017 18:35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:22:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612222127300000030522113>

Número do documento: 20062612222127300000030522113

Num. 31836135 - Pág. 17

Orogona

26/01/14 20:00 -

por cima os pontos
os pontos, com pontos e
por um ponto (1) e
por (1) -

no exemplo de e os pontos
um por (1), e os pontos
limites finais.

uso com e com

em (1) os pontos (1)

Ao RX: Ex de por

SI de por

Ex de

o limite de por (1)

com as seguintes

- Análise.

- pontos e soma em

por (1)

- pontos

- uma soma de pontos

um por (1) e uma soma

soma em por (1)

- Ao analisar após soma



Dr. Mathias
CRM 10.000

- Dr. Rogério F. S.



CARLOS SINEZIO FRANCISCO
RUA PROJETADA, 15 - JO. EUROPA
SANTA RITA/RS CEP: 98000-000 (AG 1)
Bairro: 11/05/2018 - Referência: Jul/2018
Cidade: SANTA RITA/RS - CEP: 98000-000
Rota: 12 - R. 970 - 9000

energisa
ENERGIA PARÁBIA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.096.100/0001-40 - Rec. Est. 18.013.028-0
Núcleo: 001174817-5
Cód. para D.O.B. Automático: 0001174817-5

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

Conta referente a: Jun / 2018 Apresentação: 21/06/2018 Data prevista da próxima leitura: 23/07/2018 CPF/CNPJ/ RANI: 998113410 Inc. Est.

UC(Unidade Consumidora): 5/1174817-5

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/05/18	8290	21/06/18	8297	30

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0801 Custo de Disponibilidade	15,62	0,00	0	0,00	15,62	0,14	0,88
0801 Adc. E. Amarela	0,09	0,00	0	0,00	0,09	0,00	0,00
0801 Adc. E. Verde	1,10	0,00	0	0,00	1,10	0,01	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804 JUROS DE MORA 01/2018	3,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2018	0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 01/2018	1,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 05/2018	0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018	1,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	24,21	0,00	0,00	18,61	0,15	0,88
-------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média Últimos meses (kWh)	58	VENCIMENTO 28/06/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 24,21
---------------------------	----	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)
01 01 109 05 95 01 111 114 01 12 80 8
Jun17 Jul17 Ago17 Set17 Out17 Nov17 Dez17 Jan18 Fev18 Mar18 Abr18 Mai18

RESERVADO AO FISCO
b60e5931.3ac2.e69f.3463.5641.d2ae.abf3

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG TRIMESTRAL	11,10	0,00	NOMINAL
DIG ANUAL	22,21	0,00	220
DIG MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA
DIG TRIMESTRAL	3,42	0,00	LIMITE INFERIOR
DIG ANUAL	12,70	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIG MENSAL	12,70	0,00	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Remuneração da Energia	15,62	64,51
Contribuição de Energia	0,09	0,37
Remuneração de Transmissão	0,09	0,37
Encargos Salto	1,10	4,54
Impostos e Contribuições	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	24,21	100,00

Atenção: Faturas em atraso

PARABÁ

Referência: 99-970-0020
Matrícula: 1174817-2018-06-2

VENCIMENTO
28/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 24,21

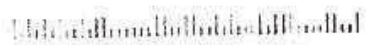
8361000000-6 24210054000-2 11748172018-5 062000009019-1



COMPREV PREVIDENCIA S/A
: 2 JUL. 2018
PROTOCOLO
43.10779



vivo



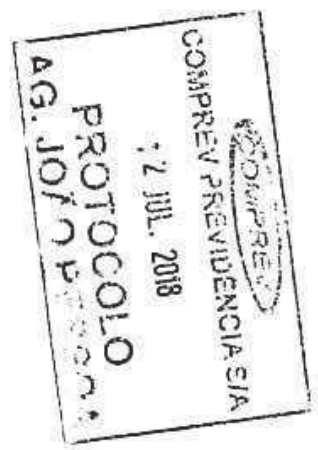
SUELIO MOREIRA TORRES
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV. JOAO VACHADO, 353
SUL
BOA VISTA - JOAO PESSOA - PB



5015148650 77422 00000 011812 30 090616



vivo Conexão como nenhuma outra.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Simezio Francisco inscrito
(a) no CPF sob o Nº 009.961.134-10 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Carlos Simezio Francisco inscrito (a) no CPF sob o Nº 009-961.134-10 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.

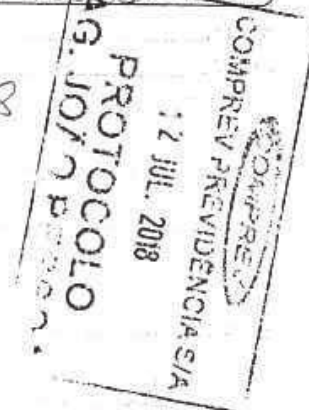
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. João slachado</u>		Número <u>399</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado	CEP <u>58018-620</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>	

João Pessoa, 09 de Julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wellington Ferreira Meireles,
RG nº 3434384, data de expedição 09/03/17,
Órgão PB, portador do CPF nº 09132338465, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA NOVA IMACULADA, nº 23,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima CARLOS SIMEZIO FRANCISCO, cujo o condutor era
CARLOS SIMEZIO FRANCISCO.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 150 FAN
Ano: 2012/2012
Placa: OEX9825/PB
Chassi: 9C2KC1680CR441059
Data do Acidente: 20-01-17
Local e Data: BR 230 20/01/17

Wellington Ferreira Meireles
Assinatura do Declarante



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





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CARLOS SINÉZIO FRANCISCO
DATA DE NASCIMENTO	06/06/76
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES VIRGINIO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	975.516
DATA DO ATENDIMENTO	20/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIO + FRATURA DE TORNOZELO DIREITO
CID 10	S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em joelho esquerdo e no tornozelo direito. Consciente e orientado. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de ferimento corto-contuso no 2º dedo da mão esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de tornozelo direito AP/P
RX de joelho esquerdo AP/P

TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	20/01/17
DATA DA EMISSÃO:	30/06/17

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



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
IMUNIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
PATOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Eflusma subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36
----------------	---	---

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%): _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias Joelho esquerdo + tornozelo direito
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada
☐ Lavado peritonial
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento		
2	Ata Cirurgia		
3	Medicação 100mg + 10ml 500mg		
4	Soro 500ml		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicita parecer da	Ortopedia	às 13:50 do dia 20/07/17
Solicita parecer da		às do dia / /
DESTINO DO PACIENTE	() Centro cirúrgico	
DATA	() Transferência (unidade de saúde)	
DA	() Internado (setor)	
SAÍDA	() Alta hospitalar	() Decisão médica
HORAS:	() Óbito	() Até 48 hs.
	() Após 48 hs.	() Família
	() JML	() SVO
ASSIN	ASSIN	



F(NG)-CC-001-1



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

-B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de colisão moto x carro (sic), sofreu uso de capacete. Lesões dermatológicas (contusões), uso de cinta de dor em joelho esquerdo e tornozelo direito.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
AÉREAS ☒ Sim ☐ Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

(-) VENTILAÇÃO MECÂNICA

(-) APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal
HTD: ☐ Rude ☒ Presente e normal
☐ Diminuído ☐ Diminuído
☐ Ausente ☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ Sim HTD: ☐ Roncos ☐ Roncos
☐ Não HTD: ☐ Sibilos ☐ Sibilos
☐ Não HTD: ☐ Estertores ☐ Estertores

FR: _____

imp

SaO₂ _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Retira o Membro
Nenhuma	1	Flexão anormal (decorticação)
	Nenhuma / Nenhuma	Extensão Anormal (decerebração)
		Nenhuma
TOTAL: 15		

FINGI.CC.001

END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. SN - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (83) 999873620
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

Nome do paciente	
------------------	--

COMPRESO
12 JUL 2018
PROTOCOLLO
AG. JOHAN PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 0448/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 923541 e Prontuário Nº 2017.01.001777 pertencente à **CARLOS SINEZIO FRANCISCO** que foi atendido dia 21/01/2017 às 02h00min, paciente trazido do HETSHL, vítima de colisão moto x carro com trauma em tornozelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia direita. Encaminhado a internação para tratamento, paciente sem condições de tratamento cirúrgico, apresentando tecido granuloso com a finalidade de cuidados específicos para tratar lesão e cicatrização, indicado tratamento conservador. Alta hospitalar dia 02/02/17.

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

João Pessoa, 17 de abril de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Hora: 02:00:45

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO D. SILVA F

Clinica: TRAUMATOLOGICA

56-364 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

(83) 3214-1980 CNPJ: 10.202.434/0001-28

DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.001777

Nome: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Sexo: M IDENTIDADE: 2148055 Fone: 988873628

Morada: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 06/06/1976 Id: 40 ano(s)

Ocupação: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN

Prof. POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Parente: MANUELA SINEZIO MOREIRA FRANCISCO

MARIA DE LOURDES VIRGINIO DA SILVA

Endereço:

Formações de Entrada

Ass.: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Responsável: 988873628 / IDENTIDADE: 2148055

Endereço: FARRAS TRÊS LAGOAS

Medicamento utilizado: AMEULANCIA

Local do acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Local do acidente por: NAO

Tempo de espera:

Medicamento

Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

TP:

Altura:

Genes:

INC:

Abd:

Q24:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsão

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observação

Principal

Paciente tratado por prescrição do Hosp. de trauma
fazendo do tratamento devido a

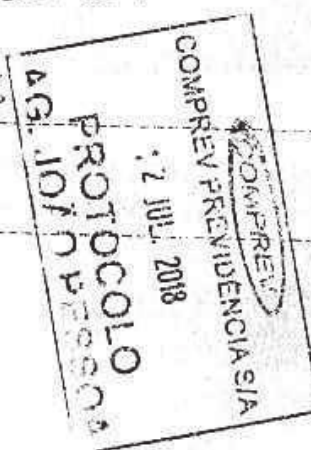
Exame físico - (hora do atendimento médico)

Assinatura paciente ou representante

QD: 1) paciente paciente

Conduta

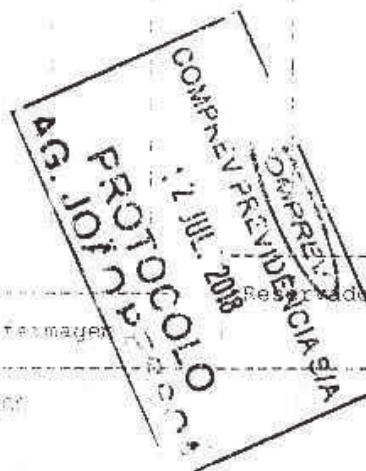
Horário da medicação



Assinatura e Carimbo

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Rosa | Horário | Evolução



Reservado p/ liberação

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Transferido | Desistência | NFI
Enfermaria | Opção: | Atestado | SVO | TMI

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo do Médico



Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: CARLOS SINÉZIO FRANCISCO.

LAUDO MÉDICO.

O paciente CARLOS SINÉZIO FRANCISCO, foi vítima de acidente de trânsito em 20/01/2017, em decorrência do qual sofreu traumas em ambos os membros inferiores: fratura de patela esquerda sem desvio e fratura de tornozelo direito, como foi constatado pelo exame de imagem.

Socorrido e conduzido ao HETSHL, realizou procedimento de sutura do 2º dedo da mão esquerda, sendo posteriormente encaminhado ao Ortopedia onde esteve internado para tratamento das demais lesões sofridas, tendo recebido alta hospitalar em 02/02/2017.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se limitação nos movimentos em face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais.

CID: S82; T93.2.

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.


Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289

