



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
31836 135	26/06/2020 12:22	<u>2730169_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:22:21
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612222127300000030522113>
Número do documento: 20062612222127300000030522113

Num. 31836135 - Pág. 1


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROJETO DE LEI
Nº 1.000
DE 10 DE JUNHO DE 2018
QUE ESTABELECE
AS BASES DA
INSTITUIÇÃO
DE PREVIDÊNCIA
SOCIAL DA
ESTADUAIS
DO CEARÁ
E DETERMINA
OUTRAS MATÉRIAS
CONEXAS.



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 TORMOZOLO 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 ESCALARRECER 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 TORNозELO 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 ESCALARRECER 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

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:



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:



PROCURAÇÃO

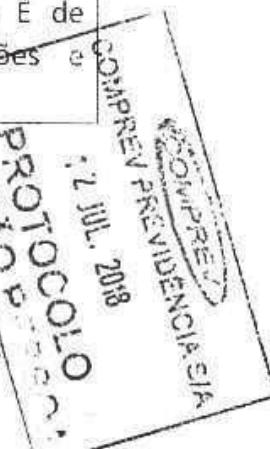
OUTORGANTE:

Carlos Siqueira Guimarães, brasileiro(a), estado civil casado, profissão MOTORISTA, CI RG nº 2148055, CPF/MF nº 00996034-10, residente e domiciliado(a) à Rua RUA 14 DE JULHO 252, Cidade de TIBIRI Santa Rita, Estado PI, CEP: 598663-4700, telefone (98) 863-4700, 99342-1170.

OOUTORGADO: 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.

Belo Horizonte, 15 de Fevereiro de 2017.



Carlos Siqueira Guimarães
OUTORGANTE



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),

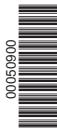
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180320653** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS SINEZIO FRANCISCO
Nº Sinistro: 3180320653
Vitima: 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

Pag. 00333/00334 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 13143929

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**

Nº Sinistro: **3180320653**
Vitima: **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.seguradoraslider.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



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. 11

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: 00000006130-4

Nr. da Autenticação 08EE1B93DF44A3CD



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. 12



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: **009.961.139-10** | CPF da Vítima: **009.961.139-10** | Nome completo da vítima: **Carlos Simões Francisco**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Carlos Simões Francisco	CPF titular da conta: 009.961.139-10	Profissão: moto boy
Endereço: Franjelada	Número: 35	Complemento:
Bairro: Jd. Europa	Estado: PR	CEP: 5830000
Email: zeduardosilva@hotmail.com	Telefone (DDD): (41) 3262-1170	

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 type="checkbox"/> RECUZO 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"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO: 33218	D/V:	CONTA NRO: 6130	D/V:
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name:			
AGÊNCIA NRO:	D/V:	CONTA NRO:	D/V:
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

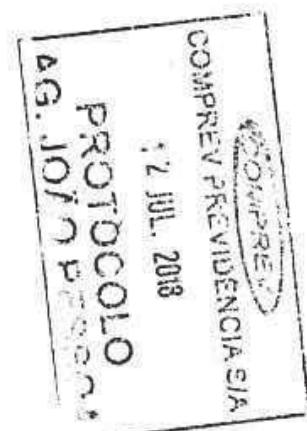
Boa Vista, 15 de fevereiro de 2017
Local e Data

Carlos Simões Francisco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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. 14

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, c nsta 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 Investigacao, 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 Moto boy, 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:

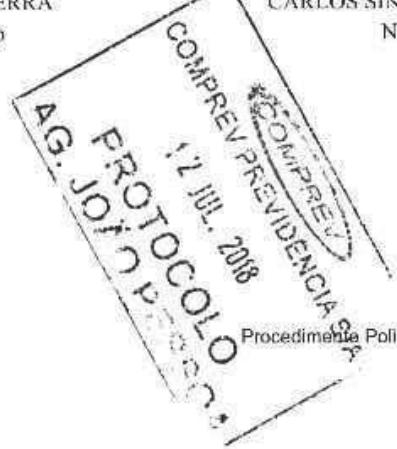
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG150 FAN ESDI, COR VERMELHA, ANO 2012/2012, PLACA OEX9825/PB, CHASSI 9C2KC1680CR441059, DE PROPRIEDADE DE WELLINGTON FERREIRA MEIRELES, quando foi atingido na lateral esquerda por uma CAMINHONETE preta não identificada, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DF 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2017.

Fabiana Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

Carlos Sinézio Francisco
CARLOS SINÉZIO FRANCISCO
Noticiante



Procedimento Policial: 01541.01.2017.1.00.420

1/1





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: Joálio Simeão Snamusco | CPF da Vítima: 009.963.839-30 | Data do Acidente: 30-01-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Boa Vista, 15 de Fevereiro de 2017

Local e Data

Joálio Simeão Snamusco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO P. R.

12 JUL. 2018

DALI001 V001/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 975516



Identificação do paciente				
01130458	Nome CARLOS SINEZIO FRANCISCO			Sexo Masculino
Local 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 SINEZIO MOREIRA FRANCISCO			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988873628	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2148055	Nº Cns		
Local de procedência BR 101		Type 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 URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos			ECG []	Ultrasoundografia []
Diagnóstico				CID
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO				Tempo 01min 27seg
<input type="button" value="Imprimir"/> 26104				

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

H Garanhuns

26/06/18 20:00 -

À POF. G. NUNES OS ALGUNS
OS MESTRE, COM ENVIAR A
DEI UN. SORNO (B) A
PNZ (B) -

É NO ULTRASONICO E USAR
UN FNU (B), A CONSISTÊNCIA

LIMPA E ELABORADA.

USO CONTINUAMENTE

EM RELACIONAO AO MEU (B)

À NO RX: EX AS PESSOAS

SE PROVADA.

E LIVRAR DO RX

À CO: - GEMISTICO

- HEMORRAGIA.

- CAVITAS + SUMA EM

MÉ (B)

- RETROGRADE.

- DNA GEMISTICO INFLAMATÓRIO

EM ME (B) + RX GEMISTICO

SORTE UN. PEMA (B).

- AD. ORTOPRATICAS APÓS SUMA

Dr. Matheus CRISTOVÃO
SILVA
CRITICO
SANTOS

DR. ROGÉRIO SANTOS.



vivo



Rua Alexandre Duarte

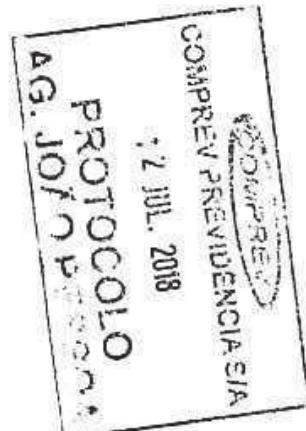
ALEXANDRE CESAR DUARTE
AV. JOÃO VASCONCELOS 360
SAC
B210420 - JOÃO PESSOA PB



SC 10148850774220000001181230090616



vivo Conexão como nenhuma outra.



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. 20



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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Charles Simeão Francisco inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.961.131-10 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Charles Simeão Francisco inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.961.131-10 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	Vila José Machado	Número	399	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	João Pessoa	Estado
Email	Zeduardobr@hotmaill.com	Telefone comercial(DDD)	99342-1170	Telefone celular (DDD) 98663-4960

João Pessoa, 09 de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
S. JORGE
12 JUL. 2018
COMPRA
PREVIDÊNCIA S/A

DLDRL.001-V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wellinton Ferreira Melo eles,
RG nº 3434384, data de expedição 09/03/17.
Órgão PB, portador do CPF nº 09132338465, com
domicílio na cidade de Belo, 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
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Simeão Francisco, cujo o condutor era
Carlos Simeão Francisco.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CG 150 FAN

Ano: 2012/2012.

Placa: OEX 9825/PB

Chassi: 9C2KC3680CR444059

Data do Acidente: 20-01-17

Local e Data: BR 230 20/01/17

Wellinton Ferreira Melo eles
Assinatura do Declarante



CARTÓRIO
SANTIAGO PEREIRA

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 TORNозELO 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 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. Jose de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

~~COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO~~

12 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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. Efisema subcutâneo 10. Esmagamento 11. Equimose 12. F. Arma Branca 13. F. Arma de Fogo 14. F. Contuso 15. F. Cortante 16. F. Corte-Contuso 17. F. Perfuro-Contuso 18. F. Perfuro-Cortante 19. Fratura Óssea Fechada 20. Fratura Óssea Aberta 21. Hematoma 22. Ingurgitamento Nérvoso 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. Rinorrágia 35. Sinais de Isquemia 36.	
OBS.:			
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura:	<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau
EXAMES SOLICITADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <i>Joelho esquerdo +, tornozelo direito</i> <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS 1. Atendimento. 2. Alta cirúrgica. Serial <i>Patrícia MEDEIROS</i> 3. Potencia 400mg + 100ml SFO <i>Patrícia MEDEIROS</i> 4. SFR 5000 U.E. <i>PM</i>		
	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	
1	<i>10.00</i>		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO			
Solicito parecer da	<i>PROT. PEDIA</i>		
Solicito parecer da	às : 50 do dia 20/06/2018		
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor)		
DATA			
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs.		
HORAS:	<input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A reavalia <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO		
ASSINATURA/CARIMBO	ASSIN	ASSIN	
<i>COMPREHENSÃO E CONSENTO</i> <i>PROT. PEDIA</i> <i>4.7.2018</i> <i>PROT. PEDIA</i> <i>AG. JONATHAN</i>			
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			
F(NG)EC.001-1			



CRUZ VERDE
BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

-B.E.

NOME DO PACIENTE: DADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de colisão moto x cano (SIC)
após uso de capacete. Neopar desmaiado (oxímetro) Vômito.
descrição de dor em joelho esquerdo e tornozelo

1000005620987 BE: 9/5515
CARLOS SINEZIO FRANCISCO
DT. NASC.: 36/06/1876
MRE: MARIA DE LOURDES VIRGINIO DR. SIL
END: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. SN - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (63) 988873620
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

EXAME PRIMÁRIO

IAS Périvas Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade

Com dificuldade

(-) VENTILAÇÃO MECÂNICA

(-) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente a normal

HTD: Rude

Diminuído

Ausente

2- RUIDOS

sim

HTD: Roncos

Sibilos

Esteriores

Não

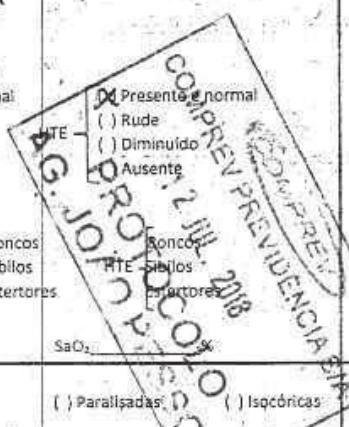
FR: imp.

SaO₂:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotoreageente

Escala de Glasgow:



CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal Pálida Cianótica

Pletórica Ictérica

Normal Quente Fria

Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCUTA CARDIÁCA

RÍTIMO

Regular Irregular Ausente

BULHAS

Normatonéticas Hipertonéticas

SOPRO

Hipofonéticas Ausente

BE OU B4

Presente Ausente

FC: bmp PA: mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN:

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL
ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA
(4-ands)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas; sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticacão)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL	15		2	Nenhuma	3

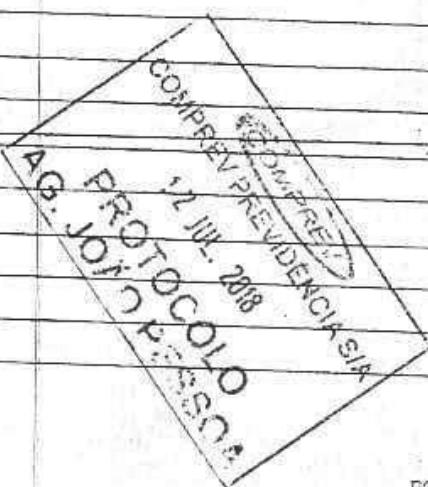
FING.CC.001

NAME: MARIA DE LOURDES
END: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. SN - POPULAR
SANTO: RITA
FONE: ()
CELULAR: (63) 999973620
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20/01/17	# CIRURGIA GERAL # 21:35	
		realizada sutura do 2º dedo da mão esquerda com fio nylon 3-0.
		CD: Alta da cirurgia geral.
		Dra. Vanessa Mortira Souza Residente Cirurgia Geral CRM PE 6563
		COMPREENSÃO PREVIA AG. JONAS PROTOCOLO 12.01.2018



F(NG)ENF 018-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:22:21
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261222212730000030522113>
Número do documento: 2006261222212730000030522113

Num. 31836135 - Pág. 26



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 Burity, 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 tibia 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, data 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



56-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
83) 3214-1990 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Hora: 02:00:45
Recepção: LUIZ CLAUDIO D' SILVA F
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DO PACIENTE

Nome: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.001777

Sexo: M IDENTIDADE: 2148055 Fone: 988873628

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

Edu: BOM PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN

Prof: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Maneira: SINEZIO MOREIRA FRANCISCO

MARIA DE LOURDES VARGINTO DA SILVA

Dados:

FARMACOS DE ENTRADA

esp.: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Responsavel: 988873628 / IDENTIDADE: 2148055

Endereço: FAIRRO TRES LAGOAS

Corte utilizada: AMBUULANCIA

Tipo de acidente: COLISAO CARRO X MOTO

Local: Vicinaria port: NAO

Medico: Dr. SINEZIO

Medico:

4- CLASSIFICACAO de Risco:

Trauma:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Trauma:

Aparentemente Bem Grave

Trauma:

Polirraumatizado Convulsao

Altura:

Hemorragia

Dispneia

centro:

IMC:

Diarréia

Aditado

A. Abd:

OBST:

Regular

Chocado

Vomito

Observacao:

Principial

Paciente entrou no prontuario do hor. de intubação
fazendo ao tempo que deu o atendimento ut
presbiturado.

Trama fisico - hora de atendimento medico)

Assunto: paciente em óbito quando se
encontrou.

QD: 1) Primeira parte

Conduta

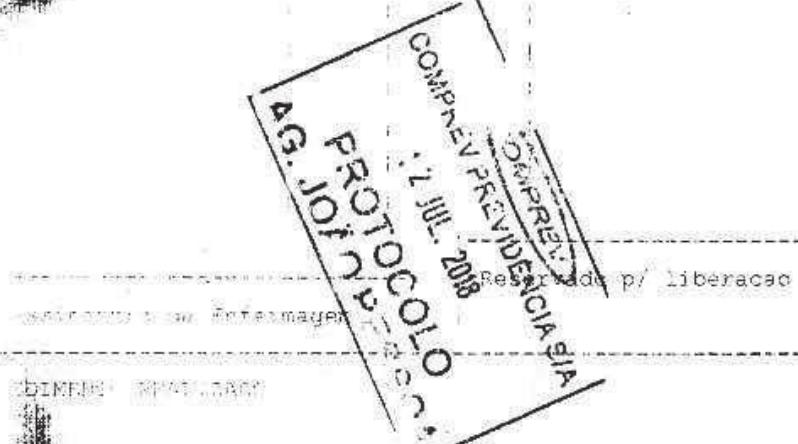
Horario da medicacao

COMPREV	PREVIDENCIA SIA
COMPREV	PROTOCOLO
AG. JOR	AG. JOR
2 JUL 2018	

Rota : FARMACOLOGICA (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao



DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Assunto do paciente

Transferido Desistência NFI
 Internar Arrestado EVO TMO

Nome do Dificiente/Responsável

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 Ortotrauma 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

