
Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200081115

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200081115

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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 dos ombros

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: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000115529-0

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.

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: 058.887.174-52 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE 6 - CPF: 058.887.174-52
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA PROJETADA 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 98855-1045

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: 1033 CONTA: 115529 0

(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 do 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 (val nascer)? ☐ 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

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, JOAO PESSOA - PB, 11 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07926.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07926.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:42 horas do dia 16 de julho 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Francisco Faustino de Andrade**, CPF nº 058.887.174-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Jardineiro, filho(a) de Severina de Fatima do Rosario Andrade e Manoel Faustino de Andrade, natural de Arcia/PB, nascido(a) em 07/01/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Colégio Novo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ladeira do Colinas do Sul, Ladeira do Colinas do Sul, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/02/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014/15, PLACA QFO-7520/PB, CHASSI9C2JC4110FR808771, NA LADEIRA DO COLINAS DO SUL, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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, 16 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07926.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07926.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:42 horas do dia 16 de julho 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Francisco Faustino de Andrade**, CPF nº 058.887.174-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Jardineiro, filho(a) de Severina de Fatima do Rosario Andrade e Manoel Faustino de Andrade, natural de Areia/PB, nascido(a) em 07/01/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Colégio Novo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ladeira do Colinas do Sul, Ladeira do Colinas do Sul, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/02/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014/15, PLACA QFO-7520/PB, CHASSI9C2JC4110FR808771, NA LADEIRA DO COLINAS DO SUL, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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, 16 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.887.174-52 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE 6 - CPF: 058.887.174-52
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA PROJETADA 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 98855-1045

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 115529 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 do 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 discordar 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 (val nascer)? ☐ 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

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:

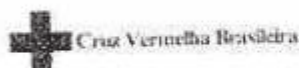
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA - PB, 11 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1140645



Identificação do paciente

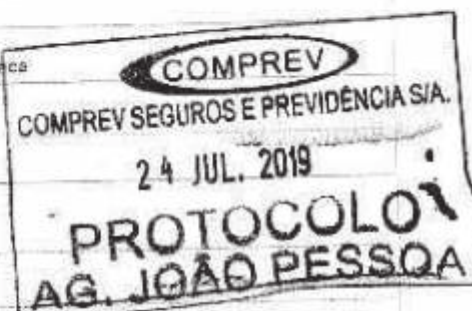
ID 925373	Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36 anos 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO	Pai MANOEL FAUSTINO DE ANDRADE	Religião
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) EDERALDO DOS SANTOS RODRIGUES - ACOMPANHANTE	Pontuação
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987445291	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2934276	Fone Fixo
Local de procedência GRAMAME	Nº Cns 160532008410000	UF PB
Email	Naturalidade AREIA	Tipo BAIRRO
		CSOR

Endereço

CEP 58083550	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Cidade do Água Branca
Numero 25	Complemento	Bairro Indústrias	

Admissão

Data e Hora 03/02/2019 20:08:43	Número da pulseira 1000006932410	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 MOTO X OBJETO
------------------------	--	--------------------------------------

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COLUPELTO
ORIENTADO, AVALIADO PELO GERAL
ENCAMINHADO PRO COI
Elder Lima de Fontes.
COREN PB 345130 - EWF

Diagnóstico

Atendido por
MARCIO MACEDO DA SILVA

CID

Tempo
01min 33seg

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: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000115529-0

Nr. da Autenticação 6EAF5860DEDC251B

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da sua fatura de energia elétrica. Nº 037.809.831



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

LICILENE FELICIANO TAVARES
RUA PROJETADA S/N Q E L 09
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1497011-5

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

22/01/2020

CONSUMO

135

VENCIMENTO

29/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 90,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/02/2020

Pagador: LICILENE FELICIANO TAVARES CNPJ/CPF: 058.887.174-52

RUA PROJETADA S/N Q E L 09 - CID VERDE - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011300959	001497011202001	29/01/2020	R\$ 90,24	

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 do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Rodrigues Alves,
RG nº 2944995, data de expedição 09/10/2008
Órgão SSP, portador do CPF nº 07266993490, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Moraes, nº 75,
complemento Coba, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco Faustino de Andrade cujo o condutor era
Francisco Faustino de Andrade:

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG 325 FAN K3
Ano: 2014/2015
Placa: QFO 7520/PB
Chassi: QC27EUS10FR808771
Data do Acidente: 03/02/2019
Local e Data: João Pessoa - PB, 26/02/2019



x Paulo Rodrigues Alves
Assinatura do Declarante

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





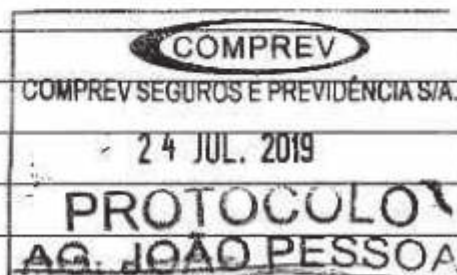
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Francisco Faustino de Andrade
DATA DE NASCIMENTO 07/01/83
NOME DA MÃE Severina de Fatima do Rosario Andrade

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 113832
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1140645
DATA DO ATENDIMENTO 03/02/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda
CID 10 S42.0



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido em carro particular, com trauma facial, perda de alguns dentes incisivos superior, sonolento, glasgow 14, sinais de embriagues, dor e deformidade em ombro esquerdo. Avaliado pela Cirurgia Geral, BMF, Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
USG(fast)
RX tórax, face

RESULTADOS DOS EXAMES:

Tc: sem anormalidades
Sg: normal
RX: fratura de clavícula E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR:
DATA DA EMISSÃO:

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 27d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Telefone de Contato (83) 987445291
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO				Prontuário
Endereço Cidade de Água Branca, 25		Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOSE HELMAN PALITOT DE OLIVEIRA	Nº Cons. Regional 3430/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43			Data/Hora Prescrição 03/02/2019 20:37:25	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR, SONOLENTO, GLASGOW 14, COM TRAUMATISMO DE FACE, PERDA DE ALGUNS DENTES INCISIVOS SUPERIOR, TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO.

SOLICITO TC DE CRÂNIO

RX DE TORAX E FAST

PARECER DA NEURO E BUCO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T00.0	Traumatismos superficiais envolvendo a cabeça com o pescoço

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE


JOSE HELMAN PALITOT DE OLIVEIRA
(: 3430/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVALDO SALES HONFI JUNIOR	Nº Cons. Regional 3985/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 04/02/2019 01:06:08	

Anamnese

#BMF#

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HÁ CERCA DE 6 HORAS CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NEGA DOENÇAS DE BASE, NEGA ALERGIAS, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA. NO MOMENTO, SONOLENTO, GLASGOW 15, COM SINAIS DE EMBRIAGUES, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL AO TOQUE, SEM COLAR CERVICAL, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA AVULSÃO DOS DENTES 21 E 22 SEM FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR, EDEMA E ABRASÃO EM LÁBIO SUPERIOR, OCLUSÃO ESTÁVEL, MOVIMENTOS MANDIBULARES E OCULARES PRESERVADOS, PERFUSÃO DAS VIAS AÉREAS MANTIDAS, ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, SEM CREPITAÇÃO E SEM PERDA DE PROJEÇÃO DOS OSSOS DA FACE. NÃO FOI POSSÍVEL FAZER O EXAME FÍSICO COMPLETO PORQUE O PACIENTE NÃO COLABORA. AO EXAME TOMOGRÁFICO, SEM IMAGENS INDICATIVAS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD:

1. AVALIAÇÃO BMF
2. PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DOMICILIAR
3. ALTA BMF (AOS CUIDADOS DA C. GERAL)

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Dr. Evaldo Sales Honfi Jr.
Cirurgia. Suco Maxila F.
Implantodontia
CRO-PB: 3985

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
(: 3985/PB)

Falta
C.B.

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532908410000	Telefone de Contato (83) 987445291
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO				Prontuário
Endereço Cidade de Água Branca, 25		Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional 5126/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43			Data/Hora Prescrição 03/02/2019 23:51:50	

Anamnese

#BMF#

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HÁ CERCA DE 5 HORAS CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NO MOMENTO, SONOLENTO, GLASGOW 14, COM SINAIS DE EMBRIAGUES, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL AO TOQUE, SEM COLAR CERVICAL, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA AVULSÃO DOS DENTES 21 E 22. NÃO FOI POSSÍVEL FAZER O EXAME FÍSICO COMPLETO PORQUE O PACIENTE NÃO COLABORA. AO EXAME TOMOGRÁFICO, SEM IMAGENS INDICATIVAS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD:

1. AVALIAÇÃO BMF
2. AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO GERAL PARA REAVALIAÇÃO

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Especialista
CRM-PB 5.126BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Telefone de Contato (83) 987445291
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO				Prontuário
Endereço Cidade de Água Branca, 25		Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES		Nº Cons. Regional 5914/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 04/02/2019 00:09:10		

Anamnese

 NEUROCIRURGIA
 TCE LEVE

 GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS.
 NEGA CERVICALGIA

TC DE CRÂNIO: NORMAL

COND.: ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

 FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
 (CRM: 5914/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		BAE	1140645	Data/Hora Entrada	03/02/2019 20:08:43	Data Relat.
Data de nascimento	07/01/1983	Idade	36a 28d	Sexo	Masculino	CNS	160532008410000
Mãe	SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO						Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço	Cidade de Água Branca, 25		Bairro	Indústrias	Município	JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	MOTO X OBJETO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES	
Data/Hora Classificação	03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição		04/02/2019 03:57:43		Nº Cons. Regional 11491/

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR, SONOLENTO, GLASGOW 15, COM TRAUMATISMO DE FACE, PERDA DE ALGUNS DENTES INCISIVOS SUPERIOR,, TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO.

QUEIXA-SE DE DOR EM CLAVICULA ESQ

CD:

ANALGESIA

RX DE CLAVICULA ESQ

PARECER DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: 1FA + AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM 11491/PB
ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES
(CRM: 11491/)

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Saída
Data de nascimento 07/01/1993	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 967445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25			Prontuário
Bairro Indústrias		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 04/02/2019 07:35:06	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA 1/3 MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA
CONDUTA:
IMOBILIZAÇÃO TIPO 8
REPETIR RADIOGRAFIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

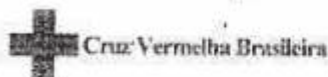
Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(: 8637/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532006410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 04/02/2019 10:13:35	

anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO.
NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA 1/3 MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA

CONDUTA: INTERNAÇÃO HOSPITALAR ORIENTADO POR DR. CARLOS ALBERTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

TIROPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MG/TS)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MG/TS)

Diluir

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/02/2019 20:10:11

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0.0 (MG/SM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST

ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT

IONOGRAMA

UREIA

Conduta

Internar Paciente

Dr. Bruno de Luna Roma
MÉDICO
Gabinete 10016

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332166700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/02/2019 11:54:41

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Prontuário 113832
Tempo de Internação 7d 1h 26min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade: 7d 15h 46min		Permanência no Leito: 7d 1h 26min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/02/2019 11:54:28)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE CLAVICULA ESQUERDSA, SEM ITNERCORRENCIAS.

CD: VPM + TIPOIA _ RAO-X DE CONTROLE

STAFF: DR LUCIANO LIRA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
MEDICA
CRM: 64517

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 09/02/2019 10:44:27

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Prontuário 113832
Tempo de Internação 5d 16min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade: 5d 14h 36min		Permanência no Leito: 5d 16min

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 09/02/2019 10:44:13)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

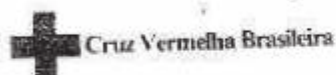
clínica médica

paciente com cirurgia agendada para o dia 11-02, sem intercorrências.
apresenta leuco de 04-02 com leucocitose de 12900.

conduta: exames de laboratório e início ceftriaxona

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES
Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 47147-5
Ortopedia e Traumatologia

Número Conselho: 4714



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 07/02/2019 09:02:35

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Prontuário 113832
Tempo de Internação 2d 22h 34min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade: 3d 12h 54min		Permanência no Leito: 2d 22h 34min

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 07/02/2019 09:02:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA
#FRATURA DA CLAVICULA D
EXAMES OK
AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO
CD: ANALGESIA + SUPORTE CLÍNICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 11.111 - R. 11.111 - R. 11.111

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 06/02/2019 10:09:59

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Prontuário 113832
Tempo de Internação 1d 23h 41min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade 2d 14h 1min		Permanência no Leito: 1d 23h 41min

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 06/02/2019 10:09:49)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRACTURA DA CLAVICULA D
CD. EXAMES OK
CD. AGENDARSeção: AREA VERDE ENF 35 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7295

Dr. Tibirica Medeiros
Data: 06/02/2019
Assinatura: [assinatura]

05 FEV. 2019

Nota de Sala Cirúrgica

FRANCISCO FAUSTINO DE -
30 1140645
TTP ou ml. PUNHA ESCURTA
DI. MUCOSO TALK. N. NAIRNE
BLOQUEIO (+) SEMER
B. H. P. R. I. E. T.

11-02-2019 10:45

MATERIAIS CONT.				QTD
APLICADOR ANTIFÉSSICA	QTD			
ALCOOL ETILICO 70%				
ALCOOL ETILICO 90%				
ALCOOL ETILICO 96%				
ALCOOL ETILICO 99%				
ALCOOL ETILICO 100%				
ALCOOL ETILICO 101%				
ALCOOL ETILICO 102%				
ALCOOL ETILICO 103%				
ALCOOL ETILICO 104%				
ALCOOL ETILICO 105%				
ALCOOL ETILICO 106%				
ALCOOL ETILICO 107%				
ALCOOL ETILICO 108%				
ALCOOL ETILICO 109%				
ALCOOL ETILICO 110%				
ALCOOL ETILICO 111%				
ALCOOL ETILICO 112%				
ALCOOL ETILICO 113%				
ALCOOL ETILICO 114%				
ALCOOL ETILICO 115%				
ALCOOL ETILICO 116%				
ALCOOL ETILICO 117%				
ALCOOL ETILICO 118%				
ALCOOL ETILICO 119%				
ALCOOL ETILICO 120%				
ALCOOL ETILICO 121%				
ALCOOL ETILICO 122%				
ALCOOL ETILICO 123%				
ALCOOL ETILICO 124%				
ALCOOL ETILICO 125%				
ALCOOL ETILICO 126%				
ALCOOL ETILICO 127%				
ALCOOL ETILICO 128%				
ALCOOL ETILICO 129%				
ALCOOL ETILICO 130%				
ALCOOL ETILICO 131%				
ALCOOL ETILICO 132%				
ALCOOL ETILICO 133%				
ALCOOL ETILICO 134%				
ALCOOL ETILICO 135%				
ALCOOL ETILICO 136%				
ALCOOL ETILICO 137%				
ALCOOL ETILICO 138%				
ALCOOL ETILICO 139%				
ALCOOL ETILICO 140%				
ALCOOL ETILICO 141%				
ALCOOL ETILICO 142%				
ALCOOL ETILICO 143%				
ALCOOL ETILICO 144%				
ALCOOL ETILICO 145%				
ALCOOL ETILICO 146%				
ALCOOL ETILICO 147%				
ALCOOL ETILICO 148%				
ALCOOL ETILICO 149%				
ALCOOL ETILICO 150%				
ALCOOL ETILICO 151%				
ALCOOL ETILICO 152%				
ALCOOL ETILICO 153%				
ALCOOL ETILICO 154%				
ALCOOL ETILICO 155%				
ALCOOL ETILICO 156%				
ALCOOL ETILICO 157%				
ALCOOL ETILICO 158%				
ALCOOL ETILICO 159%				
ALCOOL ETILICO 160%				
ALCOOL ETILICO 161%				
ALCOOL ETILICO 162%				
ALCOOL ETILICO 163%				
ALCOOL ETILICO 164%				
ALCOOL ETILICO 165%				
ALCOOL ETILICO 166%				
ALCOOL ETILICO 167%				
ALCOOL ETILICO 168%				
ALCOOL ETILICO 169%				
ALCOOL ETILICO 170%				
ALCOOL ETILICO 171%				
ALCOOL ETILICO 172%				
ALCOOL ETILICO 173%				
ALCOOL ETILICO 174%				
ALCOOL ETILICO 175%				
ALCOOL ETILICO 176%				
ALCOOL ETILICO 177%				
ALCOOL ETILICO 178%				
ALCOOL ETILICO 179%				
ALCOOL ETILICO 180%				
ALCOOL ETILICO 181%				
ALCOOL ETILICO 182%				
ALCOOL ETILICO 183%				
ALCOOL ETILICO 184%				
ALCOOL ETILICO 185%				
ALCOOL ETILICO 186%				
ALCOOL ETILICO 187%				
ALCOOL ETILICO 188%				
ALCOOL ETILICO 189%				
ALCOOL ETILICO 190%				
ALCOOL ETILICO 191%				
ALCOOL ETILICO 192%				
ALCOOL ETILICO 193%				
ALCOOL ETILICO 194%				
ALCOOL ETILICO 195%				
ALCOOL ETILICO 196%				
ALCOOL ETILICO 197%				
ALCOOL ETILICO 198%				
ALCOOL ETILICO 199%				
ALCOOL ETILICO 200%				

Anota de Francisco
100 (05)

Josina S. Nascimento
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 424853

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/02/19

PRONTUÁRIO: 1140646

PACIENTE: *Nega alergia*
Francisco Faustino de Andrade

SEXO: M

COR:

IDADE: 36

PRES. 160x80 PULSO 75 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA 36,0 GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO RISCO CIRURGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATORIO *supremo*

AF. CIRCULATORIO *estável hemodinamicamente*

AP. DIGESTIVO *sem jejum*

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO

PRE-ANESTESICO

ESTADO FISICO II

DOSE GIORA

MDZ 5mg

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Fratura de clavícula E

CIRURGIA REALIZADA

Tratamento cirurgico de fratura de clavícula E

CIRURGIÃO *Dr. D. D. D.*

AUXILIARES

Dr. D. D. D. (R1)

INICIO DA ANESTESIA 10:45

TERMINO DA ANESTESIA 11:45

DURAÇÃO DA ANESTESIA 01H

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

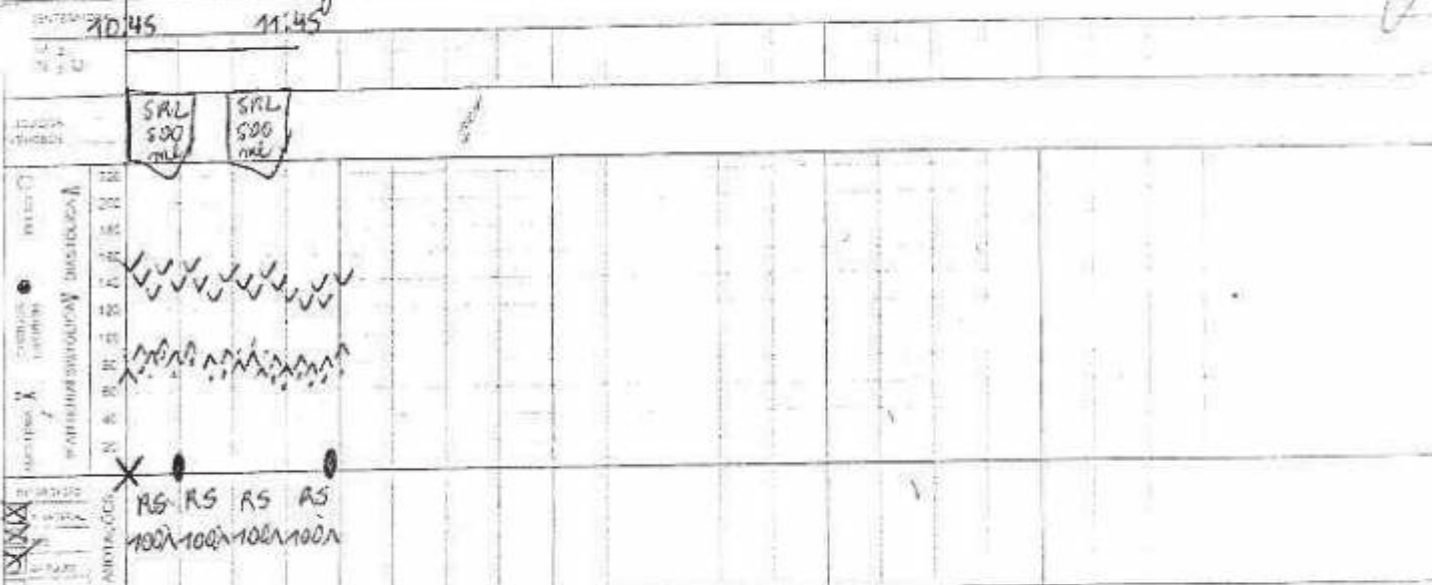
VALORES RS

ANESTESISTA

Dr. Fabrício Pereira

CPF

CRM/PE



ANESTESIA GERAL () RÁPIDA () LENTA (X) R. DO PLEVO (X) BLOC NERVOS () OUTROS *Sedação*

Monitor em DDH, monitorizado. Ventilate prius em MGD. Realizada a cirurgia e antessupria com alveol e

1000 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTESICO

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

70% Bloqueio de plexo braquial E, via intratecal, com uso de agulha A100+ENE. Injetado 10ml

Bloqueio de plexo

Fabrício P. Pereira
CRM/PE 220.422.000-00
CPF 220.422.000-00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO
P. 920

CATEGORIA DE IDENTIDADE
ASSIGNATURA DO TITULAR

Francisco Faustino de Andrade




COMPREV
PREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
ACAO JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO 2 9 3 4 2 7 6 DATA DE 19 SET 2001
SEAL EXPEDICAO

NOME FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
Manciel Faustino de Andrade
Severina de Fatima do Rosario
Andrade.
07.01.1983
DATA DE NASCIMENTO

ESTADUALIDADE Areia-PB
Cert. Nasc. 9321. Fls. 04. Liv. A-10.
DOC ORDEM

Cart. Alagoinha-PB

CPF 044.461.10-15

Assinatura do Titular

INT. DE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

10 VACINADO
BRASIL
LIVRE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

058.887.174-52

Nome

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Nascimento

07/01/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFO7520

2018

Imprimir Consulta

QFO7520

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QFO7520

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2014

Ano Modelo: 2015

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 30/12/2019

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 15/07/2019

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2014 2015

PARTICULAR VERMELHA

30/12/2019

JOAO PESSOA

15/07/2019



MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014202705917

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0103145557-1 00/00000000 2018

PAULO RODRIGUES ALVES

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



0607520/PE

002JC4110FR308771

TAB/MOTOCICLE/MNO APLIC GASOLINA

REDA/CO 125 VAN RS 2014 2015

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

CÓDIGO		VALOR		VENCIMENTO	
P		00/00/0000			
V					
A	*****				

***** SECURE P A 019/12/2018

SEM RESERVA DE NOME

JOÃO PESSOA - PB

24/12/2018



PB Nº 014202906B17 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 02 1204

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

24 JUL 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 26/12/2018

CPF / CNPJ



PLACA

QFO7520/PB

RENAVAM

1031455571

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2014

CILINDROS

3

Nº CHASSI

9C2JC4110FR808771

PRÊMIO TARIFÁRIO

VALOR (R\$)

DEBITO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

TIPO DE

SEGURO

TÍTULO A SER PAGO

P A G O

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE OUTUBRA

19/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

30414-1010045-20181226



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200081115 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,6,8,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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 MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250827/19

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

CPF: 058.887.174-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE : 058.887.174-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
CPF: 058.887.174-52

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065546/20

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

CPF: 058.887.174-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE : 058.887.174-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
CPF: 058.887.174-52

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA