



Número: **0800481-29.2020.8.15.0391**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Teixeira**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO AMANCIO DE ARAUJO (AUTOR)		JULIANO FERREIRA RODRIGUES (ADVOGADO) RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36895 952	20/11/2020 10:14	2765931_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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,

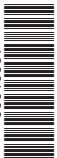
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15599279

Pag. 01873/01874 - carta_01 - INVALIDEZ

00010937





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001156-8

Conta: 000010027218-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01773/01774 - carta_09 - INVALIDEZ

00050887



Carta nº 15866012



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

164553 494-40 CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

CICERO AMANCIO DE ARAUJO

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

AGRICULTOR

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS

39

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

VILA FELIZ

TEJUEIRA

RS

98735-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1136

8

CONTA: 97218

3

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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Tejueira - RS, 04 de maio 2020

Francisco Amancio de Araujo

Cicero Amancio de Araujo

Germano Cassio Nova Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51
CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.



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: 164.553.494-40 4 - Nome completo da vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: CICERO AMANCIO DE ARAUJO 6 - CPF: 127.957.120-39
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 9 - Número: 39 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA FELIZ 12 - Cidade: TEJUEIRA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 98735-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUO 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: 1156 8 CONTA: 27218 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou do representante legal não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tejueira - RS, 04 de maio 2020

Francisco Amancio de Araujo

Cicero Amancio de Araujo

Renan Cassio Nova Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51
CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

ASL-0081957/20
sergio.coco

12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco

12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco

12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco

12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco

12/03/2020 16:51:16





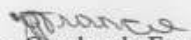
Rua Cônego Serrão, Bairro Centro, Teixeira/PB, Tel.: (83) 3472-2931.

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que encontra registrada nesta delegacia a Ocorrência nº. 082/2020 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e vinte, nesta cidade de Teixeira PB, presente o Bel. JOÁIS MARQUES DE BARROS, e comigo escrivão do seu cargo ao final assinado. Aí Compareceu FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO, brasileira, nascida aos 06/09/1974, natural de Malta/PB, filha de José Silvino de Araujo e Maria de Fatima Amancio de Araujo, residente na rua Francisco da Silveira Barros, 39 – Vila Feliz – Teixeira/PB, para prestar a seguinte ocorrência; QUE a noticiante informa que no dia 27/10/2019 por volta das 00:00 horas, seu filho CÍCERO AMANCIO DE ARAUJO, de 17 anos, estava conduzindo uma moto HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2007, MODELO 2008, DE COR AMARELA, DE PLACA MOV-1217/PB, CHASSI DE Nº 9C2KD03308R014996, quando nas proximidades do Povoado de Gancho, na PB 238, sentido Desterro, quando uma outra motocicleta que trafegava em sentido contrario colidiu frontalmente; QUE o filho da noticiante caiu ao chão e fraturou as pernas; QUE o mesmo foi socorrido para o Hospital Regional de Patos. E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 anos**

Teixeira/PB, 14 de fevereiro de 2020.

Noticiante: Francisca Amancio Araujo


Janduilma Guedes de França
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3



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: 864553 494-40 4 - Nome completo da vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: CICERO AMANCIO DE ARAUJO 6 - CPF: 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 9 - Número: 39 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: VILA FELIZ 12 - Cidade: TEJUEIRA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 98735-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1136 8 CONTA: 97218 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tejueira - RS, 04 de maio 2020

Francisco Amancio de Araujo

Cicero Amancio de Araujo

Renan Cassio Nova Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraia Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

NASCIMENTO Nº 29.385

CERTIFICO que, às fls 67 do livro Nº A-25 de Registro de Nascimento foi
feito o assento de CÍCERO AMANCIO DE ARAUJO. :x

nascido aos vinte (20) de maio de Dois Mil e Dois
(2002) às :x:x: horas e 42 minutos em Hospital
Sancho Leite - Teixeira-PB

sexo masculino

filho de :x

natural de :x

e de Dona Francisca Amancio de Araujo profissão :x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x

natural de Maíra-PB profissão agricultora

são avós paternos :x

e Dona :x

e avós maternos José Silvino de Araujo

e Dona Maria de Fátima Amancio de Araujo.

Foi declarante a genitora

e serviram de testemunhas as constantes do termo.

Observações: O presente foi feito em 18.06.2002, conforme Lei
em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraia Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

Teixeira-PB

18 de Junho de 2002

Soraia Maria Teles Guedes Rocha
OFICIAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200102912 **Cidade:** Teixeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P2,3,6,7,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01156-8

CONTA: 000010027218-5

Nr. da Autenticação 387A8938E62392CD

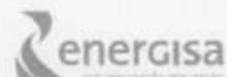


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para depósito em nome do titular da conta de energia elétrica Nº 036.133.467



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO
RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/878188-2

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	20/12/2019	92	30/12/2019	R\$ 57,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/12/2019				
Pagador: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO CNPJ/CPF: 056.931.294-97				
RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39 - VL FELIZ - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010028925	000878188201912	30/12/2019	R\$ 57,47	
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				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

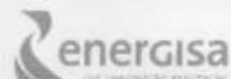
Número do documento: 20112010141256000000035214299

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 039.215.319



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.815.823-6

DADOS DO CLIENTE

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
RUA JOSE GERONIMO S/N 1º ANDAR
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713525-2

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

18/02/2020

CONSUMO

205

VENCIMENTO

06/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 190,02

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 12327.057175 2 81860000019002				
Pagador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA CNPJ/CPF: 067.845.354-30				
RUA JOSE GERONIMO S/N 1º ANDAR - CENTRO - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012327057	001713525202002	06/03/2020	R\$ 190,02	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 14

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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0600 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.848.354, 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cícero Amancio de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.553.494, 40

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Cícero Amancio de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.553.494, 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua Bol. Geronimo</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Ilhéus</u>	Estado: <u>BA</u>
E-mail: <u>Recusa</u>	CEP: <u>55735-000</u>	Tel. (DDD): <u>73/99958-2737</u>

Local e Data:

Ilhéus-BA, 04 de março 2020

Denner Cassio Maia Oliveira
Assinatura do Declarante





Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho

CRM-PB - 7381
CRM-PE - 18836

- Doenças da Coluna
- Artrose
- Osteoporose
- Ortopedia Pediátrica
- Ortopedia Esportiva
- Cirurgia Ortopédica
- Trauma
- Fraturas
- Patologias do Joelho / Quadril / Membros
- Exames/Atestados Admissionais, Periódicos e Demissionais (ASO)

LAUDO MÉDICO

Paciente **CÍCERO AMÂNCIO DE ARAUJO**, 17 anos, agricultor, com história de queda de moto e fratura de fêmur distal esquerdo há aproximadamente 07 meses(27/10/2019), tendo na época realizado 02 cirurgias sendo a primeira para colocação de fixador externo e a segunda e última para colocação de placa e parafusos em fêmur distal esquerdo.

Ao exame físico: Deambula com claudicação . Apresenta rigidez articular e diminuição da flexão total de joelho esquerdo em torno de 90%. Apresenta frouxidão ligamentar médio-lateral em mesmo joelho esquerdo.

No momento paciente se encontra em tratamento medicamentoso, fisioterápico e em acompanhamento ambulatorial .

Paciente portanto com **sequela permanente** e com dificuldades permanentes de realização de suas atividades que necessite de força motora e mobilidade de membro inferior esquerdo, necessitando de afastamento de suas atividades laborativas por **tempo indeterminado** para cuidados com a saúde e reabilitação funcional .

Hipótese diagnóstica:

- Lesão Ligamentar de Joelho Esquerdo CID: S83.7
- Sequela de Fratura de Fêmur Distal Esquerdo CID: T93.1
- Osteoartrose Pós Traumática CID: M19.1
- Rigidez Articular de Joelho Esquerdo CID: M25.6

Encaminhado a perícia médica para avaliação.

TEIXEIRA-PB, 09/05/2020.

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7381 / CRM-PE 18836

Policlínica Clímed - Rua Tenente Manoel de Oliveira Lira, 50, Centro (saída para Patos) - TEIXEIRA-PB | 83 3472.2901 / 99635.7757

Lab Vila (Ortovia) - PATOS-PB
83 99906.5028

Total Saúde - JURU-PB
83 99995.7142

Total Saúde (Ultramed) - TAVARES-PB
83 99660.1551

Total Saúde - PRINCESA ISABEL-PB
83 3457.2662 / 99969.0581

Centro Hospitalar de Piancó-PB (Dr. William)
83 2261 / 9 9144-7215

Centro Integrado de Saúde, Ibiara-PB
Dr. José Lacerda 83 98869-1863

Centro Integrado de Saúde, Conceição-PB
Dr. José Lacerda 83 99612-3216

Espaço Sílvia Fernandes Paulista
83 9 9628-1372



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

Número do documento: 20112010141256000000035214299

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	73377	HORA	02:28	PRONTUÁRIO	38095
DATA	27/10/2019	OPERADOR	GKELLY		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	CICERO AMANCIO DE ARAUJO	IDADE	17a 5m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE SUELIO ALVES DE OLIVEIRA				
CIDADE	TEIXEIRA	PB	58735000		
DERECHO	RUA PROJETADA				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	PATOS	CELULAR			
TELEFONE					
C.N.S.		IDENTIDADE			
C.P.F.		REG. NAC.			
NASCIMENTO	20/05/2002	COR	PARDO		
EST.CIVIL	SEPARADO	PROFISSÃO	ESTUDANTE		

RESPONSÁVEL FRANCISCA AMANCIO DE ARAU Ass. Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente com trauma de cabeça no momento da queda.
Apresentando dor e inchaço no local.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Exame físico normal.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Diagnóstico: lesão exp. de fratura (E)

CID S72.9

DADOS DA SAÍDA

Data 23.11.19

Hora 7 H 0 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João H. Siqueira Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417



Nome do Paciente: <u>Wilson Azevedo</u>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <u>19/11/19</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. João</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Rafael</u>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: <u>Dr. Fábio</u>	Tipo de Anestesia: <u>Rach e</u>	
Diagnóstico Pré- Operatório:		
<u>Exfusão de fêmur distal</u>		
Tipo de Cirurgia:		
Diagnóstico Pós- Operatório:		
Relatório Imediato do Patologista: <u>tro. a. r. p. i. n. o</u>		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Corte e até 12h
 2) A. s. p. + a. f. + c. f.
 3) Inicial G. f. l. o. r. e. e.
 4) Remoção + fixação de placa
 Blo. f. u. e. l. a. r. e. m. e. n. t. e.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

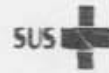
1) Exfusão +





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente:

Carlos Henrique de Amorim

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

22/09

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

João de Amorim

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

X.D

Tipo de Anestesia:

General

Diagnóstico Pré-Operatório:

fx exp a fêmur

Tipo de Cirurgia:

laparoscopia + fixação sem

Diagnóstico Pós-Operatório:

DM

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Incisão na pele sobre a fratura
2. Lavagem da cavidade com solução fisiológica
3. Redução da fratura com tração manual
4. Fixação com placa e parafusos
5. Lavagem da cavidade com solução fisiológica
6. Fechamento da ferida com pontos

RELATÓRIO DE CIRURGIA



QT.: 6-000 LEITO: 27 CONVÊNIO: SUS IDADE: 17 anos REGISTRO: 38035
 CIRURGIÃO: Dr. João + Dr. M. Serrão ANESTESISTA: Dr. Távio
 ANESTESIA: sem INSTRUMENTADORA: Dr. Távio DATA: 12-17-13 INÍCIO: 15:20 hr FIM: 17:05 hr



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp 6.4 0.5/
	TX. Bomba de Infusão	✓	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi no 24
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	✓	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	✓	Eletrodos desc.
1	Neocain	✓	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	✓	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimide	✓	Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPI Tintura
1	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
✓	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	✓	nylon 2.0



PACIENTE: Ulcero Amarelo de Mão

CT: 305 LEITO: 305 CONVÊNIO: SUS IDADE: 57a REGISTRO: 38095

DRUGIA: Trat. Ulcero de Mão CIRURGIÃO: Dn. Maurício

Exata empresa (E) ANESTESISTA: Dn. TAURO

ANESTESIA: Genl DATA: 27/10/19 INÍCIO: 03:13 FIM: 04:40

Simuladores: Mark

30m, Cond. Mark

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangi
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedime
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Propofol <u>atracúrio</u>		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Propofol <u>Propofol</u>		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura <u>cloroxidina de germante</u>
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta 500,97 <u>Sufenta 500,97</u>		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Diazepam <u>Diazepam</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

REF: 6061.10.A

SISTEMAS DE PLACAO ORTOPEDICOS EXTERNOS

FIXADOR EXTERNO ESTÁTICO

FIXO MAXI DUPLO

STÁTICO EXTERNO PLACATOR - DUPLO E FIXO MAXI

FIXADOR EXTERNO ESTÁTICO - FIXO MAXI DUPLO

SISTEMA DE FISSACAO EXTERNA STÁTICO

Tamano/ Size: Único

00434228

7 999328 717861

PROIBIDO REPROCESSAR

Registo ANVISA nº 10345500067

Lot. de Autoclavagem

Q.L.: 1 (CJ)

2016-10

2023-10

LOT 00434228

STERILIZED 10216



US. UNIPOLICENSAI DEPUTADO JARDONY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

PATOS		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Cicero Amancio de Araújo		Idade	Sexo	Cor	
27-10-19	120 x 60 / 96	Respiração eup	Temperatura	Peso	Altura
	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria	Outros

VER PRONTUÁRIO

ADN				Arma	Bronquite
ECG				ECG	
CONSCIENTE		Dentes	Pescoço	A.p. Urinário	
	Astaxilicos	Corticoides	Alergia	Hipertensões	
	Frot exposta furo (E)			Exatodisco	Risco
		Aplicado em	Infuso		

<p>INDUÇÃO</p> <p>Sedat. Excit. Toss. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Laringe Espasmo <input checked="" type="checkbox"/> Letito</p> <p>Náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos</p> <p>Outros <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Atropina 1mg Prostigmine 2mg</p> <p>Cefazolina 2g Dexamet. 8mg</p> <p>Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg</p> <p>Dipirona 2g Ondasetrona 8mg</p> <p>Alucavria Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Não, porque?</p>
	<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO</p> <p>Obstr. <input checked="" type="checkbox"/> O2 <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos</p> <p>Outros <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Com cânula</p> <p>sem o lito sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/></p>
	<p>CONDIÇÕES</p>
	<p>Cânula</p>

<p>Propofol 100 mg + Succinilcolina 2 mg + fentanil 100 mcg + Atracurio/Rocuronio 25 mg</p> <p>Anest. Geral: Pré-oxig.-ind. venosa c/ 10Tc/TOT nº 8 -Manut. Inalatória c/ O2 + VMCem VCV</p> <p>tho oxig (hang ext) fit furo (E)</p> <p>Dr. Mourão</p>
--

DR. TÁVIO LEAL

1-9





CARTA DE ESCLARECIMENTO

A Diretora Administrativa
Isabella Cristina Oliveira dos Santos

Venho informar por meio deste que a solicitação de compra do material OPME ortopédico, a placa bloqueada para fêmur distal direito conforme solicitada para o paciente Cícero Amâncio de Araújo não foi utilizado pois durante o ato cirúrgico o material solicitado se fez necessário para ser utilizado no decorrer do procedimento foi para a perna esquerda.

O material utilizado em Cícero Amâncio foi de outro paciente que não houve necessidade da placa bloqueada.

Sem outro particular, nos colocamos a inteira disposição para a resolução de qualquer dúvida que julgar pertinente.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 117.141

João Herbert Suassuna Laureano
COORDENADOR DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHRDJC



6776

PEDIDO DE VENDAS

☐ Caixa Pronta

☐ Caixa Fixa

Nº

NF Nº

Prontuário

Vendedor

Data

Convênio

38095

Thiago

19.11.19

SUS

Paciente

Medico

Instrumentador

Procedimento

QUANT.

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

COD

V. UNIT.

V. TOTAL

1 - Tm. Distal (E)

0702030821

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

1 - Tm. Distal (E)

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromusltda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

** Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 73377
DATA 27/10/2019 HORA 02:28
MÉDICO FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO 38095
OPERADOR GKELLY

PACIENTE CICERO AMANCIO DE ARAUJO

IDADE 17a 5m

RESUMO CLÍNICO:

Vit. ps. apresentando 2^o lesão

DIAGNÓSTICO

CID-10: F06.90 Fobias mistas @ (compulsão)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Psic. e Psicofar.

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port. Rel. 15/10/2019 com 10 dias

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Discontinuar os antipsicóticos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 23 DE 11 DE 2019.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417

MÉDICO/CRM



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Severo Manoel

Idade: cinquenta

Enfermaria: 16

Sexo: Cardiologia

Leito: 06

Verificar e constatar, testificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo

Data: 30/10/19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente sem função Cardiológica
Nup. Cardiológica de longo tempo
- Ps = 120 x 80 mm
ECG → Normal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

Klauber M. de França
Cardiologia Geriatria
CRM 4890

30, 10, 19



EXAME.: HEMO N°REQUIS.: 22305
PACIENTE: CLEBER AMANCIO DE ARAUJO
MÉDICO.: CLINICA CIRURGICA
SAC

EMIÇÃO.: 31/10/2019
SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(ª) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método: NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 2.85 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 8.2 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 26.7 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCV.....: 93,7 fL

NORMAL 80 a 100

HCM.....: 28,8 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 30,7 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 14.8 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 7.700 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELOCITOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIÉLOCITOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIELOCITOS.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 67	% 5159	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 01	% 0077	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....: 01	% 0077	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....: 24	% 1848	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....: 07	% 0539	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 259.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

[Handwritten signature]



1606

PRONT...: 38095
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

NºREQUIS.: 22137

EMIÇÃO.: 29/10/2019

SEXO: M IDADE....: 17

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
Método...:

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 2.57 milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 7.5 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 20.1 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 78,2 fL

NORMAL 80 a 100

HCM.....: 29,2 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 37,3 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 10.2 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 6.200

/mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000

/mm³

NORMAL

0 a 0

NORMAL 0 a 0

MIELÓCITOS.....: 000 % 0000

/mm³

NORMAL

0 a 0

NORMAL 0 a 0

METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000

/mm³

NORMAL

0 a 0

NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 00 % 0000

/mm³

NORMAL

0 a 5

NORMAL 0 a 9000

SEGMENTADOS.....: 69 % 4278

/mm³

NORMAL

35 a 65

NORMAL 1800 a 8500

EOSINÓFILOS.....: 1 % 0062

/mm³

NORMAL

1 a 4

NORMAL 35 a 600

BASÓFILOS.....: 000 % 0000

/mm³

NORMAL

0 a 1

NORMAL 0 a 100

LINFÓCITOS.....: 23 % 1426

/mm³

NORMAL

25 a 45

NORMAL 875 a 4500

MONÓCITOS.....: 7 % 0434

/mm³

NORMAL

2 a 8

NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 139.000

mil/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM: 9011

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137 EMISSÃO.: 29/10/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método...: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 13 seg.
T.P. Controle.....: 13 seg.
Atividade.....: 100 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1.00
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 39 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM: 9011



PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

EMIÇÃO.: 29/10/2019
SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

GLICOSE

Material.: SORO

Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO.....70

mg/dL



PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22940 EMISSÃO.: 07/11/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método...: NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....	3.54 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
milhões/mm ³		MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....	10.0 g/dL	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	32.7 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
VCM.....	92,4 fL	NORMAL	80 a 100
HCM.....	28,2 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	30,6 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....	15.1 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	12.000	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS.....	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	01	% 0120 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	73	% 8760 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	02	% 0240 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	20	% 2400 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	04	% 0480 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 601.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM 9014



Nº REQUIS.: 22853
PACIENTE: LUIZ AMANCIO DE ARAUJO
MÉDICO: CLÍNICA CIRURGICA

EMIÇÃO.: 07/11/2019
SEXO: M IDADE.: 17

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

VEGETAL: SANGUE

MÉDICO.: NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 3.01 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA.....: 8.6 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 27.7 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

MCV.....: 92,0 fL NORMAL 80 a 100
MCH.....: 28,6 pg NORMAL 26 a 34
MCHC.....: 31,0 g/dL NORMAL 31 a 55
RDW.....: 14.9 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 8.900 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
MIÉLOCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5
SEGMENTADOS.....: 68 % 6052 /mm³ NORMAL 35 a 65
EOSINÓFILOS.....: 03 % 0267 /mm³ NORMAL 1 a 4
BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1
LINFÓCITOS.....: 24 % 2136 /mm³ NORMAL 25 a 45
MONÓCITOS.....: 05 % 0445 /mm³ NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 580.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM: 9011



Nº REQUIS.: 22853
PACIENTE: AMANCIO DE ARAUJO
CLINICA: CLINICA CIRURGICA

EMIÇÃO.: 07/11/2019
SEXO: M IDADE.: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

UREIA

MATERIAL.: SORO
MÉTODO.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIA

1 DIA A 12 MESES: 2 A 34 mg/dL
1 A 13 ANOS: 8 A 36 mg/dL
NORMAIS DE 15 A 40 mg/dL

RESULTADO.: 27,00 mg/dL

CREATININA

MATERIAL.: SORO
MÉTODO.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

2 SEMANAS A 1 ANO : 0,1 A 0,3

1 A 13 ANOS : 0,1 A 0,8 mg/dL
NORMAIS: DE 0,4 A 1,3 mg/dL

RESULTADO.: 1,08 mg/dL

[Assinatura]
SUELIO MOREIRA TORRES
20/11/2020 10:14:13



1606

NºREQUIS.: 21911
PACIENTE: RYANCIO DE ARAUJO
SALA VERMELHA

EMIÇÃO.: 27/10/2019
SEXO: M IDADE.: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

SANGUE NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA
HEMÁCIAS.....: 4.03 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....: 11.6 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 37.4 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

WCM.....: 92,8 fL NORMAL 80 a 100
RCM.....: 28,8 pg NORMAL 26 a 34
CHCM.....: 31,0 g/dL NORMAL 31 a 55
PCW.....: 13.7 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 8.700 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIÉLOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIÉLOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIÉLOCITOS.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....: 000	0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 83	7221 /mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 01	0087 /mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....: 02	0174 /mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....: 09	0783 /mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....: 05	0435 /mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 206.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SERIE VERMELHA.....:
SERIE BRANCA.....:
SERIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Márcio Almeida A. S. Pereira
CRM 2.185.56
Biomédico Patologista

1606

COMPLEXO HOSPITALAR
RUI BRAS DE AGUIAR
RUA DO COMENDADOR CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAUDE

SUS

NUMERO DE ORDEM: 23362
NOME DO PACIENTE: FRANCISCO DE ARAUJO
NOME DO MEDICO: FRANCISCA SONALLY MELO DOS
NOME DO LABORATORIO: NIHON KOHDEN

EMISSION.: 13/11/2019

SEXO: M IDADE.....: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

LABORATORIO: SANGUE NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

HEMOGLOBINA: 4.14 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA: 11.9 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO: 38.1 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

HEMATÓCRITO: 92,0 fL NORMAL 80 a 100
HEMATÓCRITO: 28,7 pg NORMAL 26 a 34
HEMATÓCRITO: 31,2 g/dL NORMAL 31 a 55
HEMATÓCRITO: 15.5 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA: 5.700 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

NEÚTRÓFILOS	000	%	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
LÓCULOS	000	%	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MONÓCITOS	000	%	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
ERITRÓCITOS	000	%	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
PLAQUETAS	59	%	3363	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
PLAQUETAS	02	%	0114	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
PLAQUETAS	000	%	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
PLAQUETAS	33	%	1881	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
PLAQUETAS	06	%	0342	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 572.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO
OBSERVAÇÃO
OBSERVAÇÃO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM- 9014



Hospital Regional de Patos - RX

000000526077

100 %

El_s:325



Coluna Cervical, Lateral

27/04/2019 2:23:48

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002

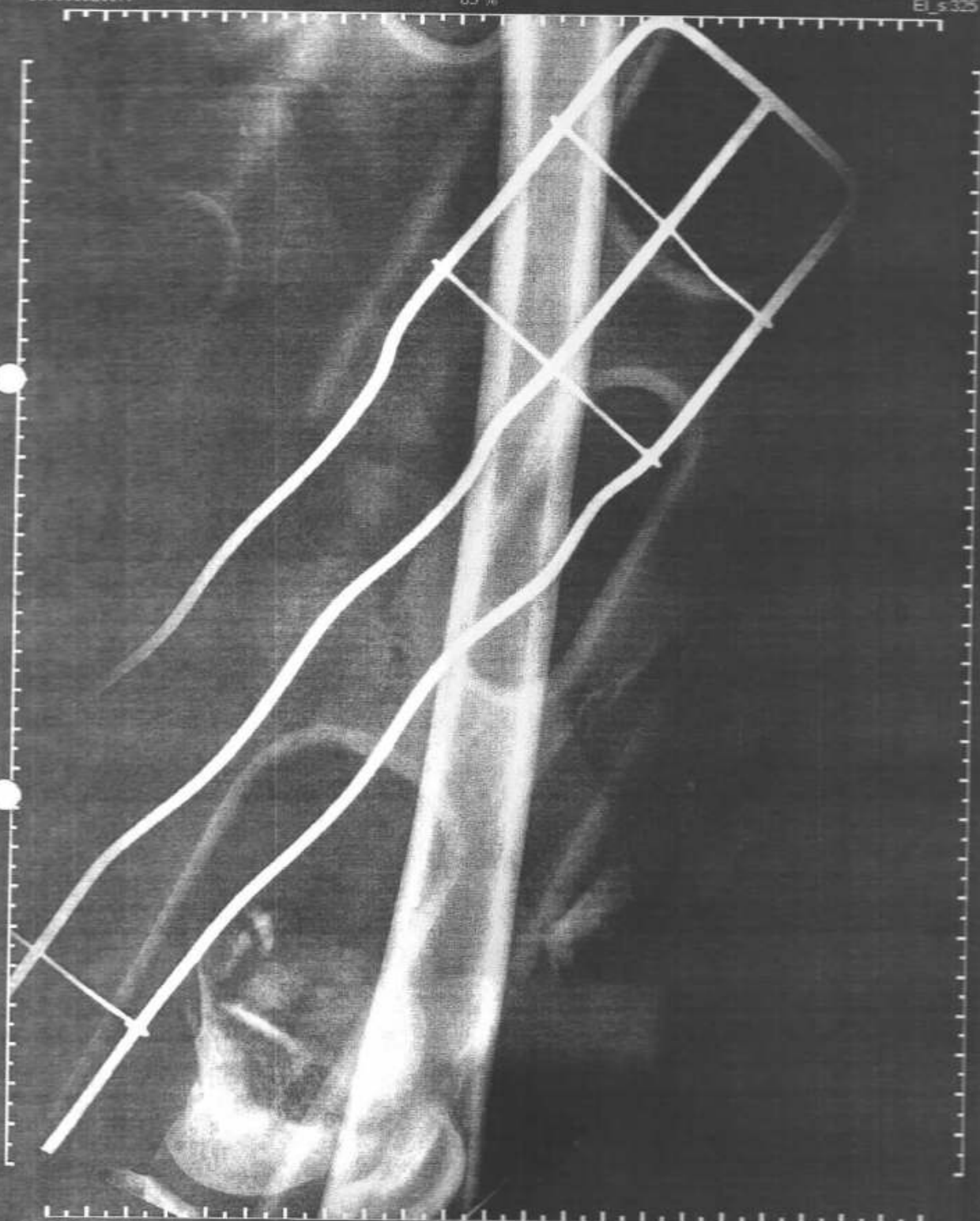


Hospital Regional de Patos - RX

000000526077

85 %

El_s325



Coluna Cervical, Lateral

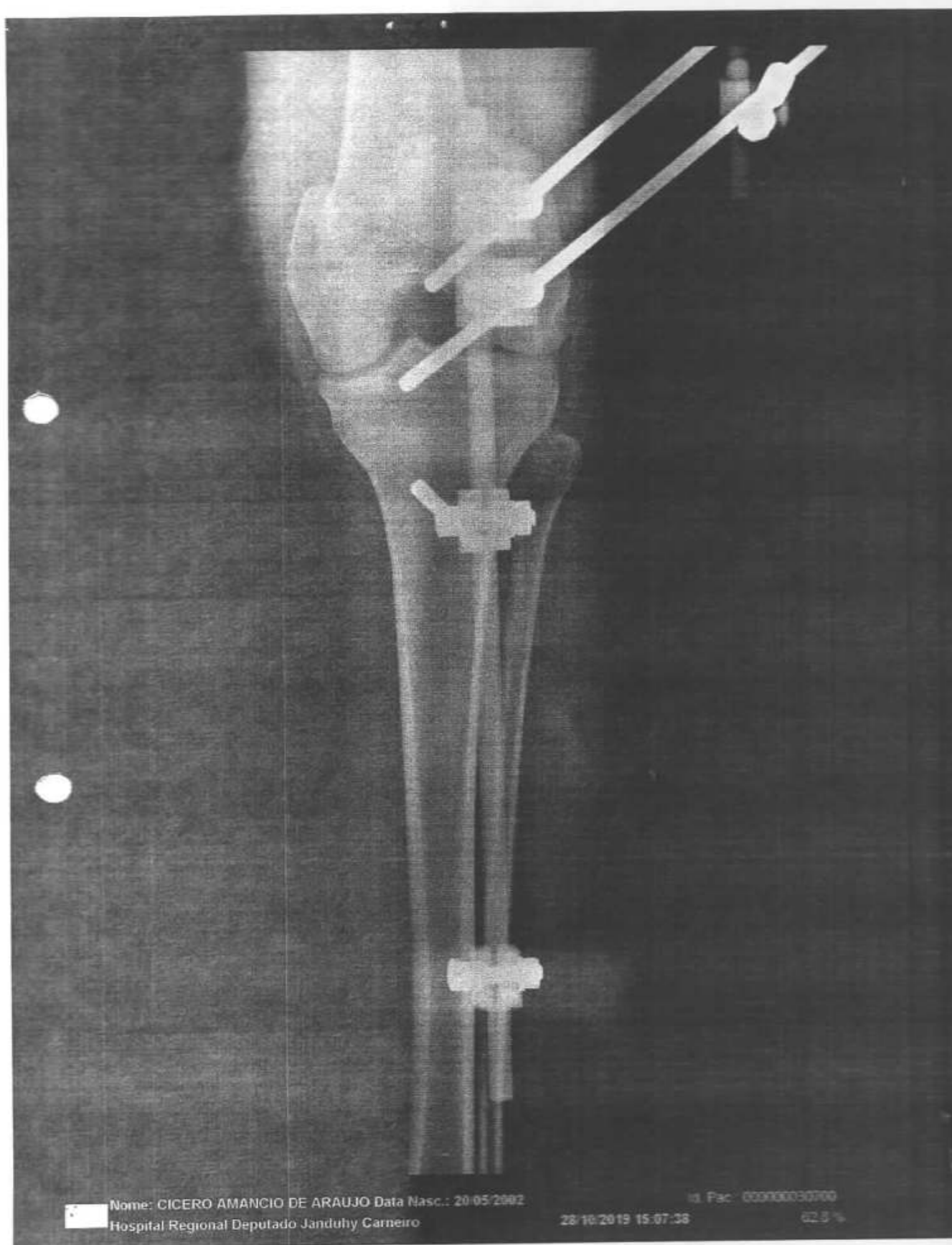
27/Oct/2019 2:22:45

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002







Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20-05-2092
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac.: 00000030700
28/10/2019 15:07:38 62.5%



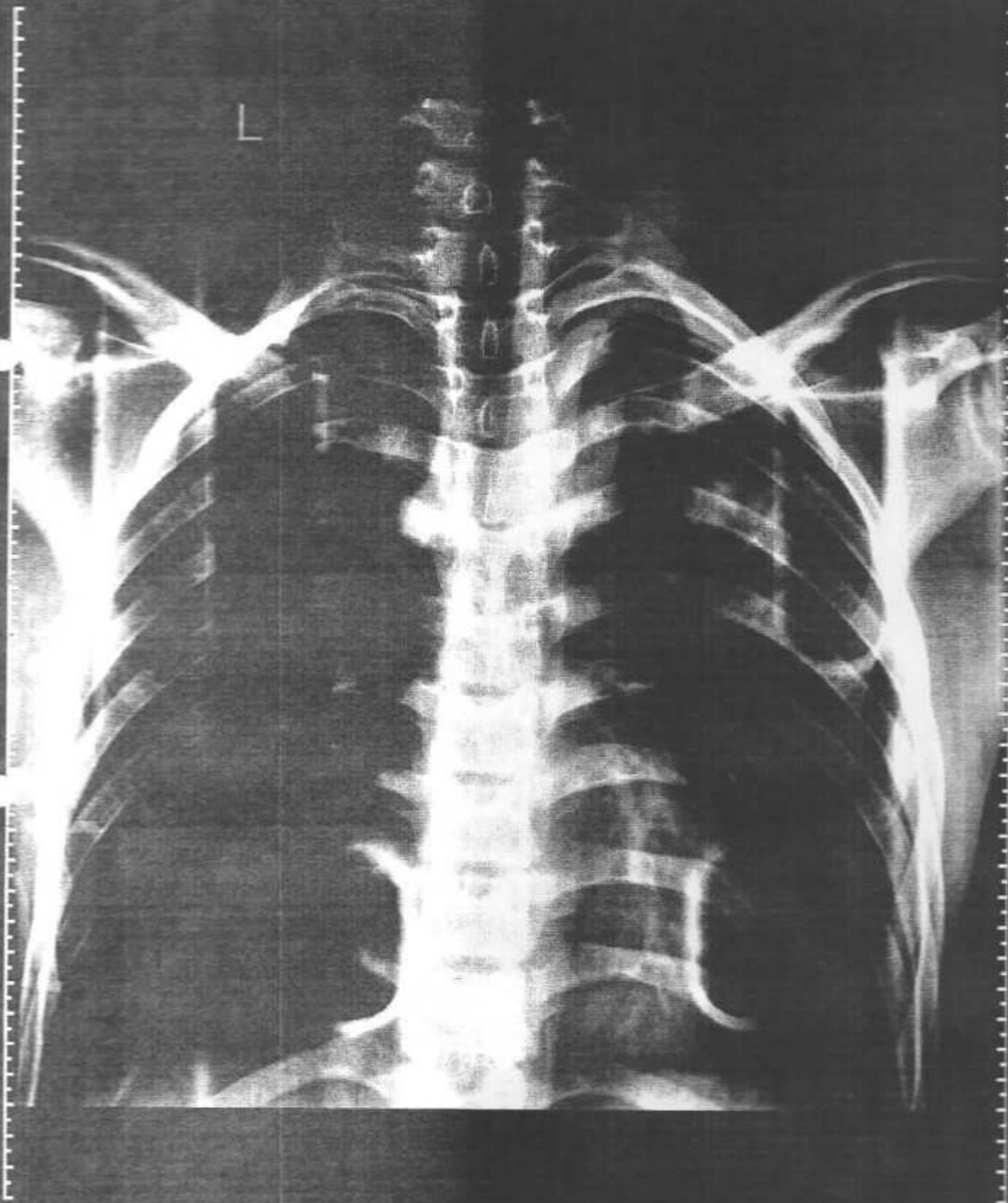
Hospital Regional de Patos - RX

000000526077

63 %

El_s 51

L



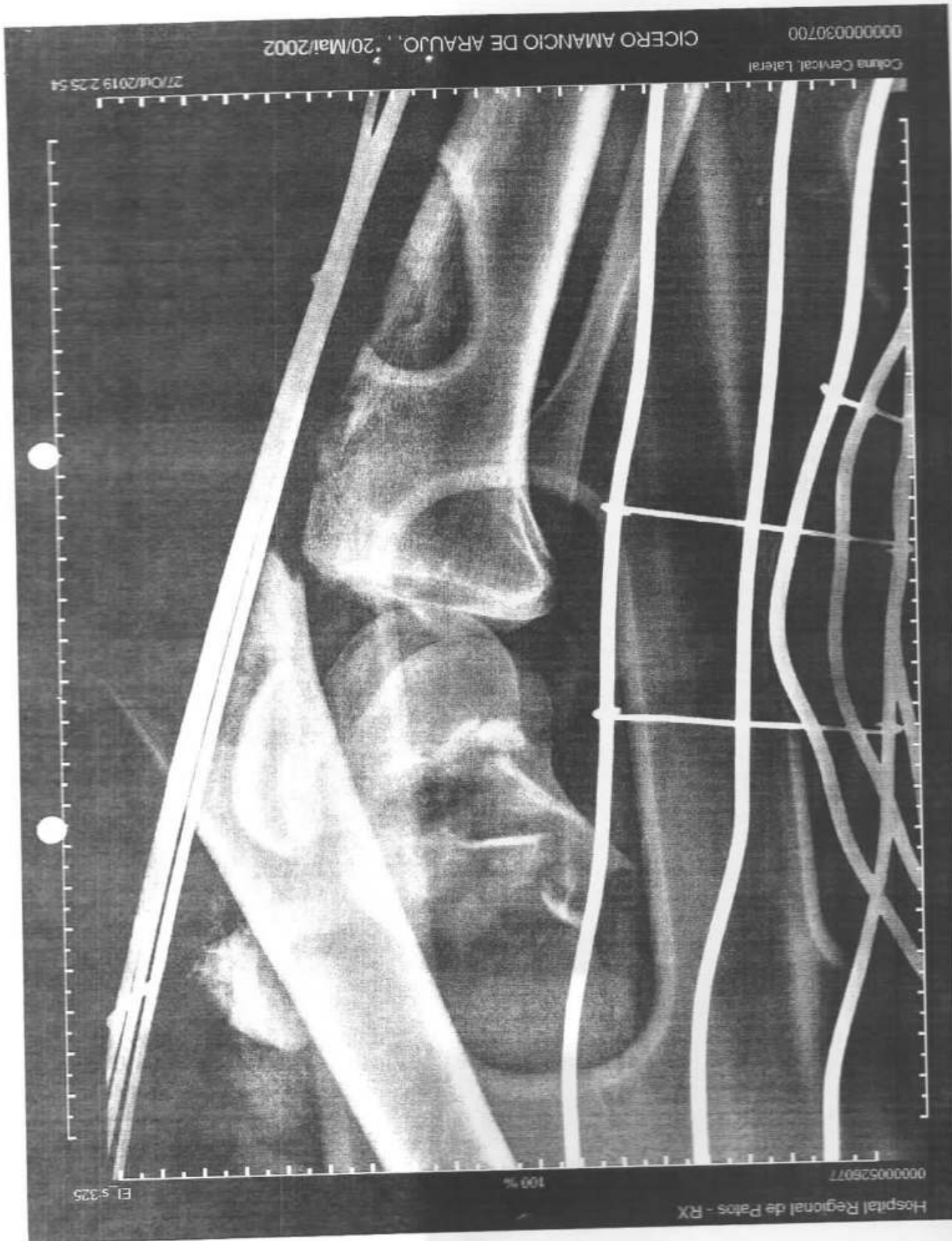
Coluna Cervical, AP

27/Oct/2019 2:19:59

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002





Hospital Regional de Patos - RX

000000525077

100 %

El_s.325



Coluna Cervical, Lateral

27/Oct/2019 2:25:08

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

Número do documento: 20112010141256000000035214299

E

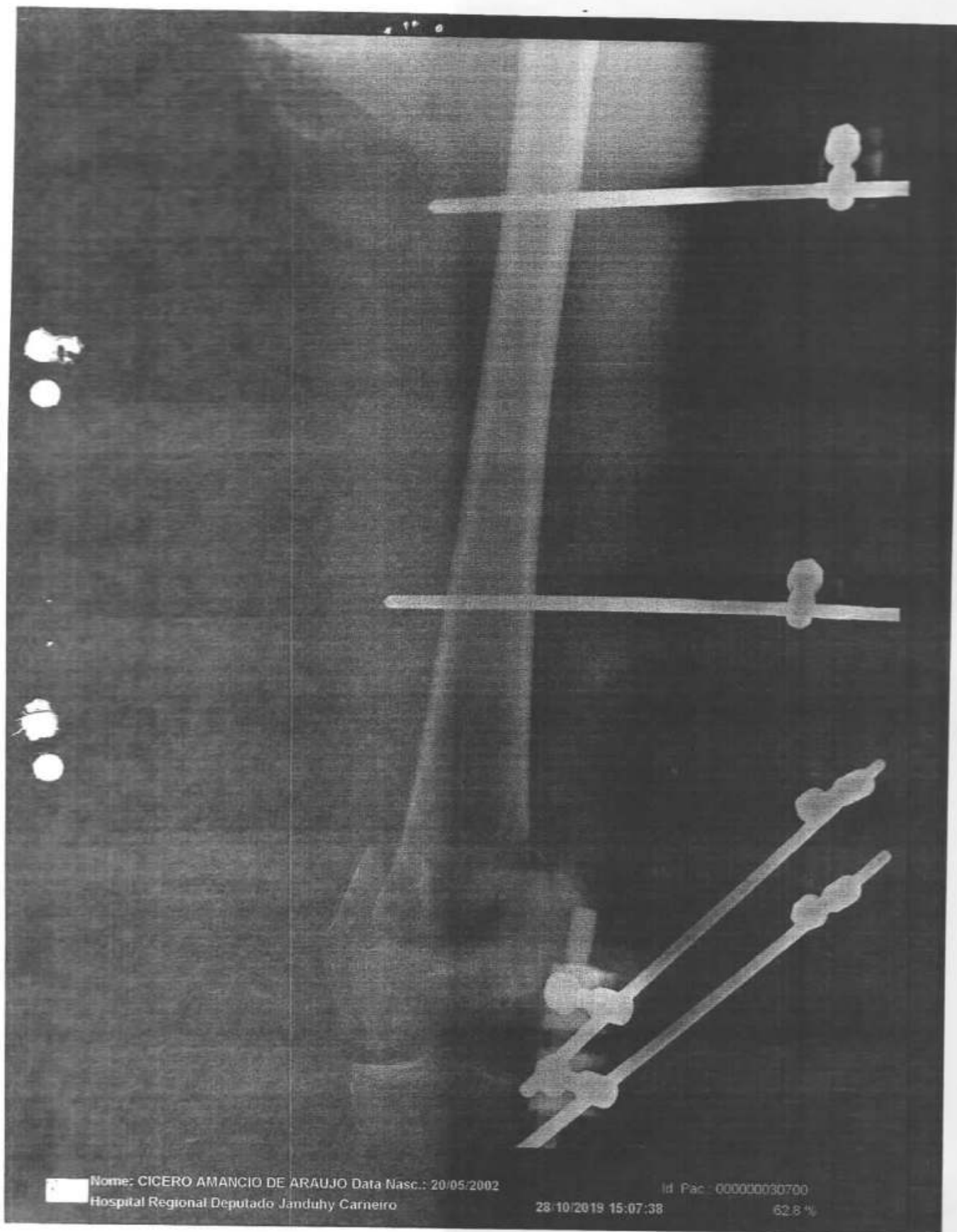
Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000030700

08/11/2019 18:03:02

73.2%





Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000030700

28/10/2019 15:07:38

62.8 %



Hospital Regional de Patos - RX

000000562235

51%

EL_5 1160 000000562235

51%

EL_5



Joelho E. AP

©

19/Nov/2019 9:45:01

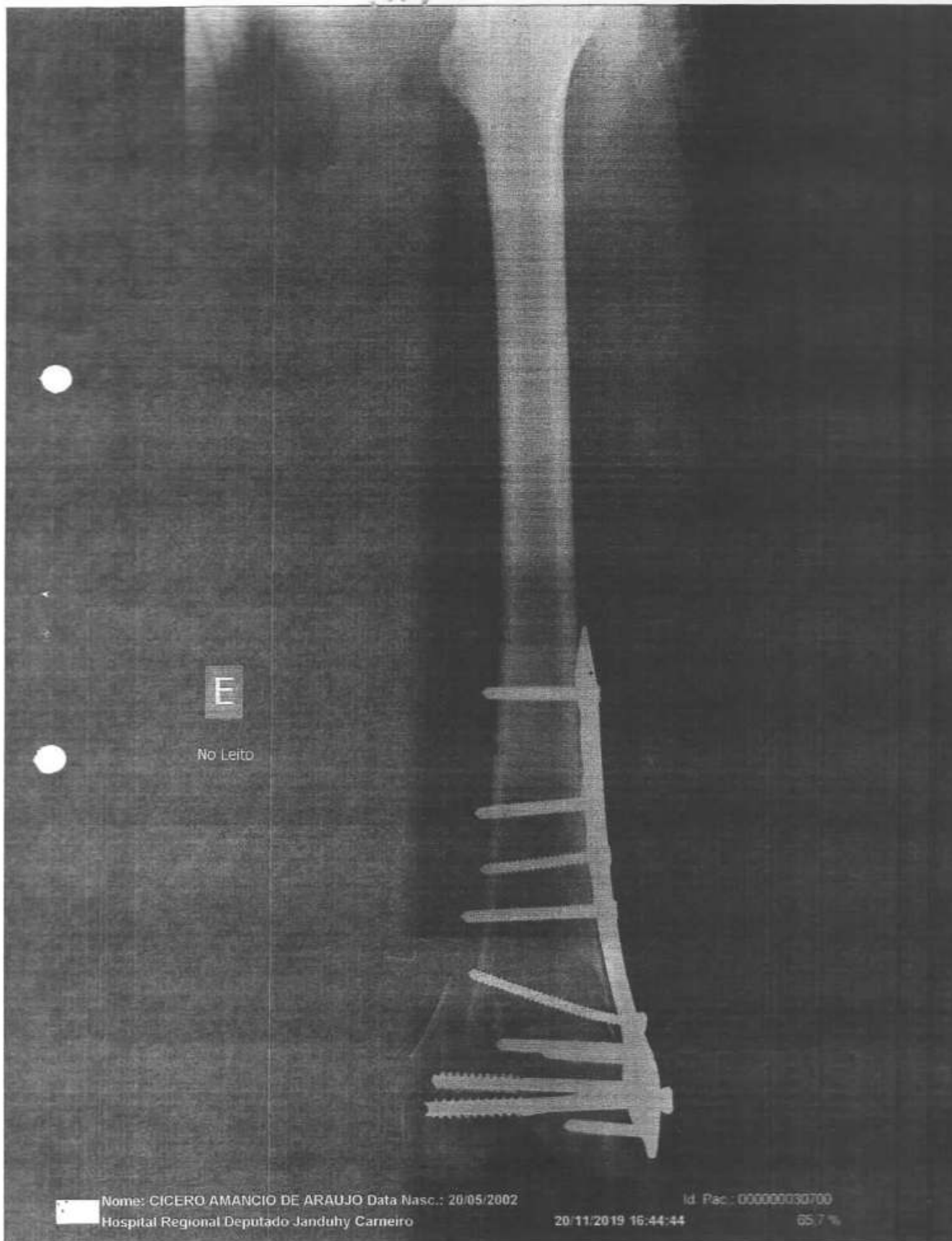
Joelho E. Lateral

19/Nov/2019 9:45:17

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002





Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac.: 000000030700
20/11/2019 16:44:44 65.7%



O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe profissional e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduí Carneiro.

Nome do Paciente: CICERO PRINCIPAL DO PRÉVIO

RG:

Nome do Médico:

CRM:

Procedimento Cirúrgico:

Data da realização:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que os procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Patos, 27 de OUTUBRO de 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico:

Patos, ____ de ____ de ____





PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: DIO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: <u>21/10/19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>01</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Paciente Amador de Araújo</u>	IDADE: <u>17</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Residência da Duília de Araújo</u>		BAIRRO: <u></u>	MÉDICO REGULADOR: <u></u>	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO: <u></u>				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO: <u></u>				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA <u></u> METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHR RESPONSÁVEL: Sonally Santos FUNÇÃO: médico

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Fechura espontânea de ferida com hemorragia extensa e sangramento

DADOS VITAIS:

VAA: ☒ LIVRE ☒ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAO: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

FA: 100X60 FC: FR: 89 TEMP: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com S: SpO2s/O2: 90 SpO2c/O2: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intercraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

Transferência em posição rígida - com cervical + 2 AVP, imobilização
de todo o MTE - ferida de 02

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente menor de idade, 17 anos, vítima de acidente de trânsito com ferida
aparente ferida, ferida de 02 cm com hemorragia extensa e sangramento
que foi imobilizado em posição rígida, com cervical
transferido de MTE - ferida de 02 e CORD - CHR



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) _____ COREN: 481150 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONJUTOR: _____



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.789.453 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/2019

NOME CICERO AMANCIO DE ARAUJO

FUNÇÃO FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

NATURALIDADE TRIUNFIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/05/2002

DOC ORDEM NASC.N. 25385 FLS. 87 LIV. A 25 CARTÓRIO TRIUNFIRA-PB

CNPJ 164.553.494-40

[Assinatura]

Carimbo: 2002/05/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA PESSOAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-138

[Fotografia]

[Fotografia]

Cicero Amancio de Araujo

CARTEIRA DE IDENTIDADE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456716090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PR 20200000023871-5
VA 0094548475-5 RNTC 00/00000000 2020

NOME
RUSIVELT PAULO GOMES

CPF / CNPJ
07344676486

PLACA
MOV1217/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB 9C2KD03308R014996

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES ANO INI 2007 ANO FIM 2008

CAF / POT / CIL
2 P/149 /CI CATEGORIA
PARTIC CORTELE DOMINANTE
AMARELA

COTA UNICA
00/00/0000 1º
VENC. COTA UNICA
2º
FATURA IVA
0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
***** SECURE P A G O 15/01/2020

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

SAO JOSE DE CATANA - PB 15/01/2020
14311 14826

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456716090 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 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2020 15/01/2020

VA 07344676486 PLACA
MOV1217/PB

00945484755 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO INI 2007 CAT 9 9C2KD03308R014996

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) DENTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) BOMBA DE COMBUSTÍVEL SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 15/01/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.946.070/0001-91

14826-1118198-20200115





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200102912

Data da solicitação: 10/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CÍCERO VIANCO DE ARAÚJO

CPF do beneficiário: 164 533494-40

Nome do solicitante: CÍCERO VIANCO DE ARAÚJO

CPF do solicitante: 164533494-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083) 99958-2737 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: REUSA.

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: LAUDO MÉDICO. (DESCREVER)

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

TEIXEIRA - PB, 09 DE JUNHO DE 2020

Local e Data

Cícero Amancio de Araújo

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO
 RG: 2.317.136 Orgão Emissor: SSD/PA CPF: 056.931.294-97
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: PESCADORA
 Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS Nº 39
 Bairro: VILA FELIZ Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA - PB
 Telefone: () _____ () _____ () _____

OUTORGADO:

Nome: LENNAN CÁSSIO MATA OLIVEIRA
 RG: 3199470 Orgão Emissor: SSP/PA CPF: 062.845.384-30
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: ADVOGADO
 Endereço: RUA PE. VICENTE XAVIER Nº 40
 Bairro: CENTRO Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA
 Telefone: (87) 999582737 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
 CPF: 164.553.494-40 Data do Acidente: 27 / 10 / 2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teixeira - PB, 18 de Fevereiro de 2020.
 Local e data

FIRMA

Francisca Amancio de Araujo
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

AVASTI ROCHA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

Em test. da verdade, Teixeira-PB 18/02/2020 14:30:44

Maria Avasti Costa Rocha - Titular

[2020-000727]ENL:R\$ 10,22 FAPEN:R\$ 2,04

SSN DIGITAL: A3771388-X31F

Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081957/20

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

CPF: 164.553.494-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA : 067.845.354-30

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

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO : 056.931.294-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 05/03/2020
Nome: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CPF: 067.845.354-30

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL





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

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102912 Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01669/01670 - carta_03 - INVALIDEZ

00040835



Carta nº 15596791

