



Número: **0802242-81.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MISAEAL DE FRANCA ALEXANDRE (AUTOR)		DELOSMAR CONSTANTINO DE FRANÇA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38976876	02/02/2021 09:24	2781140_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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004950 Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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. 01377/01378 - carta_03 - INVALIDEZ

00080689



Carta nº 15354025





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004950

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

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,

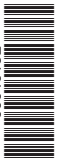
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15356280

Pag. 00263/00264 - carta_01 - INVALIDEZ

00040132





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, 11 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004950

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00395/00396 - carta_16 - INVALIDEZ

00010198



Carta nº 15934499





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:



IRTE

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

5 - Nome completo: Edisval de Franco Alexandre 6 - CPF: 105.567.124-20
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Ambrosio Fernando Brandão, 279 9 - Número: 279 10 - Complemento:
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.919-000
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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3122 013 CONTA: 00033857 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 (menor)? ☐ 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,

Edisval de Franco Alexandre
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019



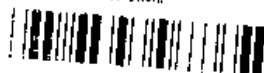


Autentico a presente cópia, reprodução fiel de original, apresentada. Em testemunho da verdade.
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:24
Cynthia Santos Continho - Substituta
(2019-005860) EMOL:R\$ 2,46 FARPEN:R\$ 0,29 FEE:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A3162129-RZIN
Confira a autenticidade em <https://pje.tjpb.jus.br>

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00516.01.2019.1.05.000

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00516.01.2019.1.05.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:01 horas do dia 25 de novembro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Jairo Leonardo Régis Santos, Agente de Investigação, matrícula 1819658, ao final assinado, compareceu **Misael de França Alexandre**, conhecido(a) por Pel, CNH nº 06561447010, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria Imaculada de Santana e Elias de França Alexandre, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/05/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ambrósio Fernando Brandão, Nº 279, bairro: Alto das Populares, tendo como ponto de referência A Praça da Vitória, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99331-4286.

Dados do(s) Fatos:

Local: Em Frente À Fábrica Alpargatas, Santa Rita/PB, bairro Planalto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/08/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE COMPARECEU, O NOTICIANTE, A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A FIM DE FAZER REGISTRAR QUE EM DATA, HORA E LOCAL JÁ ESPECIFICADOS, VEIO A ENVOLVER-SE EM UM ACIDENTE DE MOTO DO QUAL RESTOU LESIONADO FISICAMENTE. QUE VINHA O NOTICIANTE PILOTANDO UMA MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, 2015/2016, DE COR VERMELHA E DE PLACAS OEU-8261/PB E DE CHASSI: 9C2KC2200GR016853, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JOSEMAR DA SILVA BENTO INSCRITO NO CPF SOB O N.: 051.915.174-74, A QUEM HAVIA PEDIDO EMPRESTADO A MOTO NAQUELA NOITE. QUE O NOTICIANTE GUIAVA A MOTO NO LOCAL ACIMA DESCRIMINADO TRANSITANDO NO SENTIDO VINDO DA BR EM DIREÇÃO AO CENTRO DE SANTA RITA QUANDO FOI SURPREENDIDO PELA AÇÃO INADVERTIDA DE ALGUÉM QUE TAMBÉM PILOTANDO UMA MOTO SUPOSTAMENTE DE 150 CILINDRADAS, DE COR PRETA, QUE ABRUPTAMENTE INVADIU A MÃO CONTRÁRIA VINDO A CHOCAR-SE FRONTALMENTE COM A MOTO PILOTADA PELO NOTICIANTE. QUE EM FUNÇÃO DA VIOLÊNCIA PRODUZIDA PELO ABARROAMENTO O NOTICIANTE FOI PROJETADO A CERCA DE 05 (CINCO) METROS DISTANTE DO LOCAL ONDE SE DEU A COLISÃO, E AO CAIR AO SOLO, JÁ DE IMEDIATO, PERDEU OS SENTIDOS ASSIM PERMANECENDO ATÉ RECEBER ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA APÓS APROXIMADAMENTE 2 (DUAS) HORAS APÓS O MOMENTO DO ACIDENTE. QUE NÃO SE CONSEGUIU ATENDIMENTO NO LOCAL DO ACIDENTE PELO SAMU TENDO O NOTICIANTE SIDO REMOVIDO ATÉ A UPA DE TIBIRI EM CARRO PARTICULAR DE UM VIZINHO SENDO ACOMPANHADO POR SUA ESPOSA, A SENHORA ANA CLÁUDIA AURELIANO DE SOUZA FRANÇA. QUE DA UPA DE TIBIRI FOI TRANSFERIDO EM AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA ONDE DEU ENTRADA CONSCIENTE E ORIENTADO, JÁ A 00h31min DO DIA 02/08/2019. QUE FOI SUBMETIDO AOS EXAMES DE PRAXE PARA O CASO, SENDO REALIZADA UMA SUTURA NO SEU PÉ ESQUERDO E APÓS SER MEDICADO FOI LIBERADO AINDA NAQUELA MESMA MADRUGADA.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.

Misael de França Alexandre

Procedimento Policial: 00516.01.2019.1.05.000



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Santa Rita/PB, 25 de novembro de 2019.


JAIRO LEONARDO REIS SANTOS
Agente de Investigação

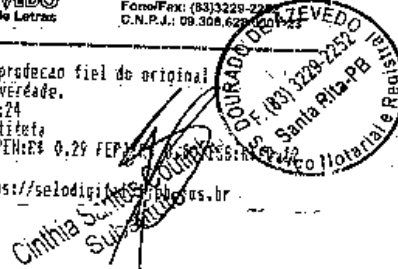

MISAEI DE FRANÇA ALEXANDRE
Noticiante



Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Office de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3228-2252
C.N.P.J.: 09.308.629/0001-23

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Ex. testemunho da verdade.
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:24
Cynthia Santos Coutinho - Substituta
[2019-005859] EMUL: 2,48 FAPEN: 0,29 FEP: 0,29
SEL0 DIGITAL: AJ162128-JUNC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pbhpb.us.br>



Procedimento Policial: 00516.01.2019.1.05.000

2/2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Existência de IML



Eu, Misael de Franco Alexandre, portador da carteira de identidade nº 8.813.632-99/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 105.567.124-20, residente e domiciliado na Rua Ambrosio Fernando Brandão, 278, Cidade Santa Rita, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Misael de Franco Alexandre

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita 18 de Dezembro 2019

Local e data



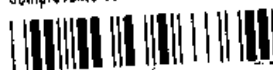
BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado de conta.

Boleto para simples pagamento da nova tarifa de energia elétrica : N° 005.180.855

Comprovante de residência



100, Marechal, 170, João Pessoa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rua, 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 45.015.623-6

DADOS DO CLIENTE

ALUIZIO CRISPIN
RUA AMBROSIO FERNANDO BRANDAO 279
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/122698-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	05/12/2019	180	12/12/2019	R\$ 131,83

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00180.00008 02624.912008 09260.762175 4 81010000013183				
Pagador: ALUIZIO CRISPIN CNPJ/CPF: 865.316.804-91				
RUA AMBROSIO FERNANDO BRANDAO 279 - CENTRO - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009260762	000122698201912	12/12/2019	R\$ 131,83	
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: 3054-3/2447-3				





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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº e PRONTUÁRIO nº 117484

PACIENTE: MISAEL DE FRANÇA ALEXANDRE

DATA DE NASCIMENTO: 05.05.93

Data e Hora do Atendimento: 12.09.19

Horário: 11:48h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente retorna a este hospital apresentando infecção no pé esquerdo com necessidade de debridamento cirúrgico. Atendido pelo Dr. Carlos Alberto Vieira CRM 6902, Dr. Andrier Farias CRM 5893, Dr. Lauri F. C. Junior CRM 8918.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FERIMENTO INFECTADO NO PÉ ESQUERDO
CID 10 S 91.7

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, e tratamento cirúrgico em 16.08.19 com limpeza cirúrgica e debridamento de tecidos desvitalizados no pé esquerdo. Em 22.08.19 realizado tratamento cirúrgico com limpeza cirúrgica e debridamento.

ALTA HOSPITALAR: A pedido em 12.09.19.



Serviço Notarial e Registral
DOUGLAS DE AZEVEDO
1º Tabelião de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58309-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
C.N.P.J.: 09.308.628/0001-23

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Santa Rita-PB 26/11/2019 09:49:44
Cinthia Santos Cortinho - Substituta
(2019-0058563) EMUL:R4 2.46 PAF:0038 0.29
SEL: DIGITAL: A0162125-63MB
Confira a autenticidade em www.tre.org.br



DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBAHETSML
CRM: 3820

Data da Emissão: 06.11.19

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSML
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA
do Trabalho

SECRETARIA
do Trabalho

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1182896



Identificação do paciente

ID 745835	Nome MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE	Sexo Masculino
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26 anos 3 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai ELIAS DE FRANCA ALEXANDRE	
DDD Celular 83	Celular 99420307	Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA AURELIANO - ESPOSO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3813612	DDD 83
Local de procedência SANTA RITA	Nº Cns 705209400470472	Teléfono 366643043
UF PB	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58303125	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Argemiro de Figueiredo
Número 66	Complemento NEROLANDIA	Bairro Municípios	

Admissão

Data e Hora 12/08/2019 11:48:43	Número da pulseira 10007311207	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Troca de 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

Diagnóstico

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

CID

Tempo
01min 30seg

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE	BAE 1182896	Data/Hora Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26a 3m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 99420307 / (83) 366643643
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA		CNS 705209400470472	Prontuário
Endereço Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA	Bairro Municípios	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 12/08/2019 11:48:43		Data/Hora Prescrição 12/08/2019 15:58:38	

ANAMNESE

PACIENTE COM INFECÇÃO EM PÉ ESQUERDO COM INDICAÇÃO DE DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

ETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIVRE)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H

CUIDADOS

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRÉ-OP DESBRIDAMENTO)

CÓAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRÉ-OP DESBRIDAMENTO)

Conduta

Em observação

MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 12/08/2019 11:50:13





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

MISAE DE FRANCA ALEXANDRE

Data de nascimento

05/05/1993

Idade

26a 3m 7d

SAE

1182896

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

12/08/2019 11:48:43

CNS

705209400470472

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 99420307 / (83) 366645645

Prontuário

Mãe

MARIA IMACULADA DE SANTANA

Endereço

Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA

Bairro

Municípios

Município

SANTA RITA

UF

PB

Acidente

Motivo

RETORNO - SOLICITADO PELO MEDICO

Profissional

BENEDITO B RIBEIRO

Nº Cons. Regional

11820/PB

Data/Hora Classificação

12/08/2019 11:48:43

Data/Hora Prescrição

12/08/2019 13:12:37

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 11 DIAS, APRESENTANDO LESÃO PERFURO-CORTANTE EM PÉ ESQUERDO. FEZ TRATAMENTO COM CEFALOXINA POR 7 DIAS, PORÉM, RETORNA COM ABSCESSO EM FERIMENTO, COM HIPEREMIA, EXSUDATO PURULENTO E DOR INTENSA. CD: - ANALGESIA - RX DE PÉ ESQUERDO - CURATIVO LOCAL

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

CURATIVO

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

CID10

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr. Benedito B Ribeiro
Médico
CRM-PB 11.820
CNS 898 0023 5928 2206

MISAE DE FRANCA ALEXANDRE

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 12/08/2019 11:50:13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:24:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209245667100000037157019

Número do documento: 21020209245667100000037157019



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 13/08/2019 06:43:07

Nome MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE		Boletim de Atendimento 1182896	Data/Hora Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 705209400470472	Prontuário 117484
Tempo de Internação 13h 41min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 12/08/2019 11:48:43	Data Internação 12/08/2019 17:08:47	Permanência na Unidade: 19h 1min	Permanência no Leito: 13h 41min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 13/08/2019 06:49:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO, ESTÁVEL SEM QUEIXAS, EXAMES OK, AGUARDA CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA - 012

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Michael P. Alexandre BE-Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/08/19
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: limpeza cirúrgica
 Cirurgião: André Luiz Pereira 1º Assistente: Carla Frederica
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infecção de partes moles</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>limpeza cirúrgica</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaixilhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: _____

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. André Luiz Pereira
 Ortopedia
 CRM 3893

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____



Nota de Sala Cirúrgica

9

RESUMIL

Paciente: **Miguel de Franco Alexandre**
 ID: **26A** BE: **11028046** ENFERMARIA: **8-01** LEITO: **10**
 CIRURGIÃO: **Dr. Cirurgião Lesão em pé @ + LMC + coleta de material**
 ANESTESIA: **Raque + Sedação**
 ANESTESISTA: **Dr. Jara**
 INSTRUMENTADOR: **11**
 DATA: **16/08/2021** HORA: **10:40** → **12:20**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA I AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS
 RISCO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD.

ALTEYANIL		SKL 600	1	JELCO Nº 18		FIO CAT. 18	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº 20		FIO CAT. 20	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	SV 500	1	JELCO Nº 22		FIO DE 20	
CETAMINA				JELCO Nº 24		FIO DE 20	
PROPENIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE 20	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE 20	20 L
GENOS-ARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE 20	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº 23		FIO DE 20	
FILHAZENSIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLIURETANO	
ISOLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	L	FIO POLIURETANO	
LEVOPRIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIURETANO	
LEVOPRIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	1	FIO POLIURETANO	
LIDOCAÍNA C/VASO		AGULHA 13X4,5		LUVAS ESTÉRIL Nº 7,0		FIO POLIURETANO	
LIDOCAÍNA S/VASO		AGULHA 25X07		LUVAS ESTÉRIL Nº 5,5	1	FIO POLIURETANO	
MEPAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVAS ESTÉRIL Nº 5,0		FIO POLIURETANO	
MORFINA		AGULHA 40X12	L	LUVAS ESTÉRIL Nº 5,5		FIO SEDAR Nº	
NEVIBELH		AGULHA PERIDURAL Nº 16	L	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	OTA CARMONA	
PANORÚNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 17		MULTÍTIAS		MATERIAIS ESTÉRIL	
PEFEDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18		PERFURADOR DE SORO	1	CATETER DE PC	
PRIDOPOL		AGULHA RAQUÍ Nº 15G		SCALP Nº 19		SISTEMA DE SORO	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº 26G	1	SCALP Nº 21		COMP. TUBO DE SORO	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº 27G	1	SERINGA 3ML		FIO DE 20	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 30ML	L	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 30ML		GRAMPEADOR	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		HEMOST. ABSORV. VEL	
ADRENALINA		CÂNGULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		KIT DENT. A. TUBO	
ÁGUA DESTILADA	L	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		PROTESE VASOCLUS	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		KIT PAN	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		FIXADOR EXTENSO	
CEFALOTINA	1	CATETER EPIDURAL Nº 17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12		IMPRESSA	
DENAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº 18		SONDA FOLEY 3VIAS Nº 14			
DIPIRONA SÓDICA	L	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIS	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA NUBETRAL Nº		PARAFUSOS DEBILITADO	
Glicose 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	TORNEIRINHA		PARAFUSOS DEBILITADO	
Gliconato de Cálcio		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATEIAS	
HIDROCORISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATEIAS	
LIDOCAÍNA GEL		ELETRÓDOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASÉNTONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	L	PLACA	
PLASL		EQUIPO TRANSP. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	1				
TENDONCAN		ESPARADRAPO	1				
		GAZES	1				
		GAZES ALGODoadas	1				
		GEL ELETROLÍTICO	1				
		JELCO Nº 14					
		JELCO Nº 16					

EQUIPAMENTOS

() ASPIRADOR

() BISTURI ELÉTRICO

() CAPNÓGRAFO

() CARDIOMONITOR

() DESFIBRILADOR

() FOCO AUXILIAR

() FOCO CENTRAL

() MICROSCÓPIO

() TOXIMETRO DE FLETO

() PA. INVASIVA

() PERFURADOR ELÉTRICO

() SERRA

CIRCUANTE

837-2330



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HEETSHL

08

EMPREGADOR INSTITUTO ACQUA - AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA
ENDEREÇO AV. ORESTES LISBOA, S/N - JOÃO PESSOA - PB - CEP.: 58.031.080
CNPJ 03.254.082/0007-84

REFERENTE A: DEZEMBRO / 2019

QUADRO DE HORÁRIO DE TRABALHO

ORDEM	NOME DO EMPREGADO	FUNÇÃO	SETOR	CTPS	ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA	DSR	VISTO FISCAL
1	MARIA CÍCERA DE BARROS PESSOA	ENFERMEIRA	BANCO DE OLHOS	385998-PB	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
2	NEWTON TEÓFILO PEREIRA	ENFERMEIRO	BANCO DE OLHOS	193031-PB	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
3	JOSÉ EQUÍLEIS JACINTO FRANÇA	ENFERMEIRO	BANCO DE OLHOS	002600016-PE	07h00	20h00 às 21:00	07h00	REVEZAMENTO	
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

NOME RESPONSÁVEL
FUNÇÃO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

07

NO 1011

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente anestesiado, DDH, a Depite,
na Li Depite, com por UTE.

2. Em contato com o local de incisão com

Incisão:

o local foi lido em pe (E).

3. Realizada limpeza extensiva
com 50% O₂ 9% e 90% de álcool.

Achados:

o tecido de revestimento e a lesão
de material no interior.

4. Uma fivela.

Conduta:

Dr. Anderson Farias
Ortopedia
CRM 5893

Fechamento:

Observação:

João-Pessoa,

Médico/CRM:

F(NQ).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: MISAELE DE FRANCA ALEXANDRE BE/PRONTUÁRIO: 1182896
 IDADE: 26 SEXO: M COR: DATA: 22/8/2019
 CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: LMC + DESBRIDAMENTO DE PÉ ESQ
 CIRURGIÃO: DR LAURI 1º ASS: DR THALES
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CÓDIGO
EXTENSO FERIMENTO INFECTADO EM PÉ ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LMC + DESBRIDAMENTO	

CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

22/08/2019

22
08
19



RELATÓRIO DE CIRURGIA

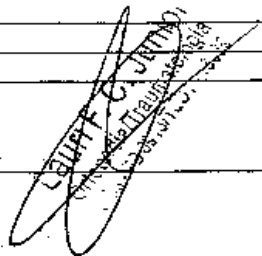
2

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
Achados:
EXTENSO FERIMENTO INFECTADO EM PÉ ESQ
SECREÇÃO E ODORE FORTE
Conduta:
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA EXAUSTIVA DE PÉ ESQ
CUIDADOS COM HEMOSTASIA
SUTURA DE PELE
Fechamento:
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
SOLICITO CULTURA

Médico/CRM:

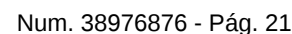
João Pessoa,

22/8/2019


SUELIO MOREIRA TORRES
CRM: 100000037157019



Chesterfield
Cohen 885515
PR.



9



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/07/16

PRONTUÁRIO: 1792796

CLIENTE: MIRELL DE FRANCA ALMEIDA

SEXO: M COR: P IDADE: 26

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 76 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
 ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES

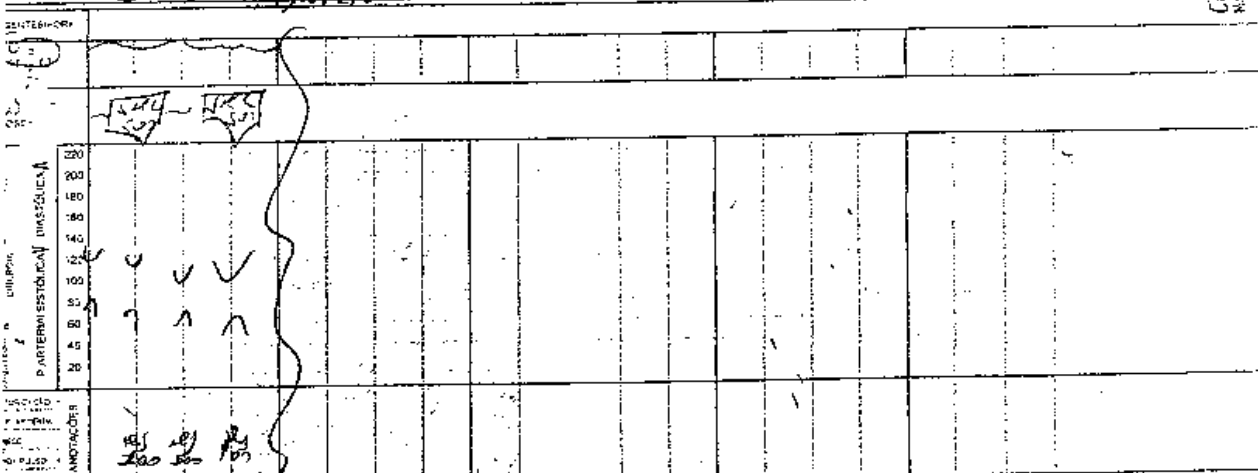
RESPIRATÓRIO Espontâneo AP. CIRCULATÓRIO Estável
 DIGESTIVO Jejum ESTADO MENTAL Lúcido DROGAS EM USO
 ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO ASA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INTERFERÊNCIA REALIZADA Cirurgia Abdominal Cirurgia de Pe. Esquerda

INTERFERÊNCIA EM CAUSAS AUXILIARES
 INÍCIO DA ANESTESIA 10:20 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 20m

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$
 ANESTESISTA Dr. Claudio Agner CPF CRM-PB



ANESTESIA GERAL (X) RAQUIDIANA () EPIDURAL () BLOCO PLEXO () BLOCO NERVOS () OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Morphina 5mg	11
2	Bupivacaína 0,5%	12
3	Cetorolaco 100mg	13
4	Propofol 100mg	14
5	Midazolam 10mg	15
6	Warfarina 1mg	16
7		17
8		18
9		19
10		20

COMENTÁRIOS: Paciente bem tolerante, sem reações adversas. Anestesia realizada com sucesso. Tempo de recuperação normal. Sem complicações. Alta em boas condições.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Cláudio Y. Aratani
 Médico Anestesiologista
 CRM 10.257/PB

Agner Francisco Agner
 Médico
 CRM 12116





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE
DATA DE NASCIMENTO	05/05/93
NOME DA MÃE	MARIA IMACULADA DE SANTANA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.180.803
DATA DO ATENDIMENTO	02/08/19
HORA DO ATENDIMENTO	00:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta; refere perda da consciência. Ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Refere dor em membro superior esquerdo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de braço esquerdo
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Clinico.

ALTA HOSPITALAR:	02/08/19
DATA DA EMISSÃO:	05/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

Autenticar e presente copia, reproduzida fiel do original apresentado, se testamento da verdade Santa Rita PE 26/11/2019 08:49:24
Cintia Santos Coutinho - Substituta
E2019-0055801 CRM: 24.2.40 FORTALEZA
SITIO DIGITAL: 8162127-RFP2
Conferir a autenticidade em <https://selidigital.com.br>



Secretaria do Estado da Paraíba
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
1º Tabelião do Poder Judiciário de Letras
e Ofício de Notas

Rua São João, 100 - 1º andar
CEP: 50.000-000 - Recife/PE
Fone/Fax: (81) 3229-2121
CNPJ: 06.968.888/0001-91
e-mail: tblt@tblt.pe.gov.br
www.tblt.pe.gov.br



• Titland



Sebastião N. T. de Lima

GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE

o traballo

Identificação do paciente					
ID 749835	Nome MISAE DE FRANCA ALEXANDRE			Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26 anos 2 meses 28 dias	Estatado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário	
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA			Pai ELIAS DE FRANCA ALEXANDRE		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA AURELIANO - ESPOSO(A)		
DDO Celular 83	Celular 99420307	DDD 83	Telefone 366643043		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3813612	Nº Cns 705209400470472			
Local de procedência SANTA RITA			Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58303125	Município da residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Argemiro de Figueiredo		
Numero 66	Complemento NEROLANDIA		Bairro Municipios		
Admissão					
Date e Hora 02/08/2019 00:20:45	Número da pulseira 100007640659		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL			Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou			
Sinais Vitais					
PA _____ x _____ mmHg		Pulso	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos: LESÃO NA CABEÇA NO SERVIÇO TRAZIDO DA URG TIPO DE LESÃO DO ACIDENTE DE MOTO, PRESENTE, OCORRÊNCIA SEGURANÇA DE TRABALHO					
Diagnóstico					
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA					Tempo 59seg

109





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGRE

o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MISAE DE FRANCA ALEXANDRE	BAE 1180803	Data/Hora Entrada 02/08/2019 00:20:45	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1993	Idade 26a 2m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 99420307 / (83) 366643043
Mãe MARIA IMACULADA DE SANTANA		CNS 705209400470472	Prontuário
Endereço Argemiro de Figueiredo, 66 - NEROLANDIA	Bairro Municípios	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	Nº Cons. Regional 6688/PB
Data/Hora Classificação 02/08/2019 00:20:45		Data/Hora Prescrição 02/08/2019 02:49:28	

ANAMNESE

frco pé sem lesão tendínea sem fratura necessita de sutura pela cirurgia geral alta ortopedia

Conduta

Em observação

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Geral
CRM 6688 - TEST 12357

MISAE DE FRANCA ALEXANDRE

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(: 6688/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 02/08/2019 00:21:44



TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Miguel d. Frans. Alexandre IDADE: 26
 DESTINO: _____ DATA E HORA DA ADMISSÃO: _____ AS _____ H
 CONTATO PRÉVIO: Helena DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: _____ AS _____ H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
Onça de mato.
5 curiocos, como cobelhus
de 100 curiocos, curioco 100, poria 100 curioco
de 100 curiocos, curioco 100, poria 100 curioco

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

12. Curioso
10. Curioso

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

de 100 curiocos, curioco 100, poria 100 curioco
de 100 curiocos, curioco 100, poria 100 curioco

OBSERVAÇÕES:

Qual a conduta curioco 100, poria 100 curioco
de 100 curiocos, curioco 100, poria 100 curioco

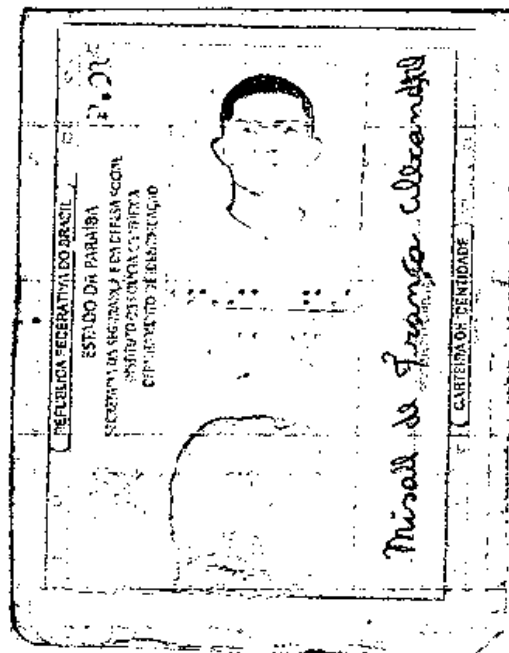
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO:

Medicina Nucleo Primitivo
 Servico de Familia e Comunidade
 CRM-PA 1546

UPA 24 horas, Santa Rita - PB.





Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 3.813.612 DATA DE EMISSÃO: 30/11/2009

NOME: MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE

FILIAÇÃO: ELIAS DE FRANÇA ALEXANDRE
MARIA IMACULADA DE SANTANA

NATURALIDADE: JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO: 05/05/1993

OUTRO ORIGEM: NASC.N.53876 PLS.224 LIV.A-47

CARTORIO SANTA RITA-PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRIGENTE

LEITURA ÓPTICA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DE PERNAMBUCO

MISAEAL DE FRANÇA ALEXANDRE

DOC. IDENTIFIC. FÓRM. EMISSOR (UF): 231358456728 MEX DE

CPF: 103.567.124-30 DATA NASCIMENTO: 05/05/1993

FILIAÇÃO: ELIAS DE FRANÇA ALEXANDRE
MARIA IMACULADA DE SANTANA

PROFISSÃO: INDETERMINADA SEXO: M DATA VIGÊNCIA: 12/02/2016

Nº REGISTRO: 66561647010 VALIDEZ: 25/07/2020 1ª EMISSÃO: 12/02/2016

Informações

RAZ

ASSINATURA DO DIRIGENTE

ASSINATURA DO PLASTIFICADOR

LOCAL: PAULISTA - PE DATA EMISSÃO: 17/02/2017

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES

92454956780 92077993436

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR 1421375827



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 014797492178
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA ANS-99 DE VEÍCULO

VIA 0107527695-8 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME JOSEMAR DA SILVA BENTO

CPF / CNPJ 05191517474

PLACA OEU8261/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC2200GR016853

ESPECIE TIPO EAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º

FADA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 01/03/2019

OBSERVAÇÕES A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SANTA RITA-PB LOCAL 01/03/2019 DATA

36994 42676

PB Nº 014797492178 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 2019 DATA EMISSÃO 01/03/2019

VIA 05191517474 PLACA OEU8261/PB

RENAVAM 1075276958 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 COT. 9 9C2KC2200GR016853

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 0,00 DEMATRAM (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 01/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.349.804/0001-04

42676-1153164-20190301

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0004461/20

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

CPF: 105.567.124-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MISAEL DE FRANCA
ALEXANDRE



DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE : 105.567.124-20

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: 06/01/2020
Nome: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE
CPF: 105.567.124-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

ANDREZA ALVES DA CUNHA





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: _____
Data do Acidente: _____ Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados;

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): _____

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: _____

E-mail: _____ Tel.: () _____

Data: _____ Assinatura: *Mirael de Souza Alexandre*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): _____

Atendente: _____

Data: _____ Assinatura: *Mirael de Souza Alexandre*



Carneiro & Const
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato do Protocolo de Letras
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
C.N.P.J.: 09.305.628/0001-23

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentada. Em testemunho da verdade.

Santa Rita-PB 26/11/2019 09:47:24

Cynthia Santos Coutinho - Susc. 2019-003857

(2019-003857) EML:R4 2,49

SELO DIGITAL: A0162126-CR04

Confira a autenticidade em



OUTORGANTE:

Nome: Elizabel de Franca Alexandre
Estado Civil: casada Data de nascimento: 05/05/1993
CPF: 105.567.124-20 RG: 3.813.612 SSP/PB
Endereço: Rua Ambrosio Francisco (Suares), 279
Bairro: Popular CEP: 58919-000
Cidade: Santa Rita UF: PB

OUTORGADO: DELOSMAR CONSTANTINO DE FRANÇA OLIVEIRA, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 14.279/PB com escritório profissional na Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, 210, Centro, Santa Rita/PB - CEP: 58300-210, local onde recebe notificações e intimações.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula "ad judicia et extra", para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda subestabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Santa Rita, 26 de Novembro de 2019

Elizabel de Franca Alexandre
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004461/20

Vítima: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

CPF: 105.567.124-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE : 105.567.124-20

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: 06/01/2020
Nome: MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE
CPF: 105.567.124-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MISAEL DE FRANCA ALEXANDRE

ANDREZA ALVES DA CUNHA

