



22/02/2021

Número: **0833393-02.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **17/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALOISIO JANUARIO DA SILVA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39731018	22/02/2021 10:16	2785170_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	759457544-04	Aloisio Jonuário da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Aloisio Jonuário da Silva	759457544-04	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua dos Siniquela	66
Bairro:	Cidade:	CEP:
Mucumagno	João Pessoa	58066-140
E-mail:		Tel.(DDD):
		(83) 87088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0036 CONTA: 020180 2

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da última ou últimas ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 29/01/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 11/09/19	ID da Ocorrência: 2556614	☐ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 14:50 Hs	Hora de Chegada: _____
Paciente / Usuário: Aluzio Januario da Silva				Idade: 48	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone: _____
Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Cande ☐ Outro: _____						
Logradouro: Quilada Valentina - Mangobeco Valentina				Bairro: Valentina	Médico Regulador: Amorim	
Quantidade de vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPT/TRAN ☐ Outro: _____						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HEETSHL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO Motivo: _____	☐ PSIQUIÁTRICO Motivo: _____	☐ GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: _____	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS ↳ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☒ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: _____ ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agrestão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____			ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

1. DADOS VITAIS			
PA: 120x80	FC: 80	FR: 18	HGT: — SpO2 - S/O2: 98% SpO2 - C/O2: —

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: DOR AGUDA

Intervenções: Imobilização de Membro, SSW, AUP

Evolução do Enfermeiro:

Paciente consciente e orientado, SSW estáveis, membros
queda de moto, refere dor em membro esquerdo
e crepitos em membro esquerdo. Negado TCE.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000020180-2

Nr. da Autenticação A730DAE15834853E



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simplificar pagamento da sua fiquilidade da energia elétrica. N° 037.952.202



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0301-45 Ins. Est. 16.215.823-8

DADOS DO CLIENTE

ALOISIO JANUARIO DA SILVA
RUA DAS SIRIGUELAS 66
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1016458-0

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

24/01/2020

CONSUMO

96

VENCIMENTO

31/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 52,44

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 08309.172172 6 81510000005244				
Pagador: ALOISIO JANUARIO DA SILVA CNPJ/CPF: 759.457.544-04				
RUA DAS SIRIGUELAS 66 - MUCUMAGRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008309172	001016458202001	31/01/2020	R\$ 52,44	
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				





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ALOISIO JANUARIO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 03/08/71
NOME DA MÃE MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.189.412
Nº PRONTUARIO 115.799
DATA DO ATENDIMENTO 08/10/07
HORA DO ATENDIMENTO 11/09/2019
MOTIVO DO ATENDIMENTO 15:12
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO E
CID 10 S 42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta(queda), trazido pelo SAMU, apresentando queixa de dor em membro superior E (ombro), além de dor lombar. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da coluna lombar
RX do ombro E - AP e Oblíquo
RX do braço E - AP e P
RX do antebraço E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidadessuperior do úmero E ao RX. Sem alteração aos outros RX.Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Renná e Dr. Carlos Alberto da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 20/09/19
DATA DA EMISSÃO: 21/01/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1189412



Identificação do paciente				
ID 640178	Nome ALOISIO JANUARIO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/08/1971	Idade 48 anos 1 mes 8 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião CATOLICA	Prontuário 75887
Mãe MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA	Pai SILVIO JANUARIO DA SILVA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 86278580	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1497828	Nº Cns 124126483770007		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade SOUSA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58058000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO	
Número 584	Complemento	Bairro MANGABEIRA		
Admissão				
Data e Hora 11/09/2019 15:12:07	Número da pulseira 1000007601209	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
<i>Vete seguindo para acidente de moto segue os exames.</i> <i>Wendy Carolina Antunes Coordenadora de Emergência</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS				Tempo 04min

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

ORTO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEQUE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente ALOISIO JANUARIO DA SILVA	BAE 1189412	Data/Hora Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data Hora
Data de nascimento 13/08/1971	Idade 48a 1m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Emergência 180-86278501
Nome MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA		CNS 124126466770007	Profissão 75567
Endereço PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO, 584	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	N. Contato 325798
Data/Hora Classificação 11/09/2019 15:12:07		Data/Hora Prescrição 11/09/2019 15:48:33	

ANAMNESE

Neurocirurgia ## -- Avalio paciente com historia de queda de moto, sem TCE. Negs dor cervical, braço. Refere dor lombal. Ao exame: EC, pupilas isofoto, sem déficits focais. TC Coluna sem afecções neurocirurgicas de urgencia. Cdr. Oriento sinais de alarme. Atenda Neurocirurgia - Ortopedia.

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CPM 325798)

Bioletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/09/2019 15:16:07

NRC: 20:00 h.
NRC: 20:02h

Dr. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 82224





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 53031090

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente ALOISIO JANUARIO DA SILVA	BAE 1189412	Data/Hora Entrada 11/09/2019 10:12:07	DEPT 99-9
Data de nascimento 03/08/1971	Idade 48a 1m 8d	Sexo Masculino	CNS 124126486776007
Mãe MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA			Tela - Fala de 100% 100%
Endereço PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO, 584	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	Endereço T48AT
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	UF PB
Data/Hora Classificação 11/09/2019 15:12:07		Data/Hora Prescrição 11/09/2019 20:24:01	Set Cont. Fm 8537 PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO EVOLUINDO COM DOR NO OMEIRO ESQUERDO RADIOGRAFIA EVIDENCIANDO FRATURA DO TUBERCULO MAIOR DO OMEIRO ESQUERDO CONDUTA: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO SOLICITO PRE

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

ALICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE VT < 60)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/02/2021 10:16:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022210163716100000037858273>

Número do documento: 21022210163716100000037858273

CREATININA
GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
ONOGRAMA
UREIA

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

LUÍZ JUVENCIO MELEIROS DE ARRUDA CAMARÁ
(CRM-PB 6637 / TEO 13822)

Boletim registrado por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/09/2019 15:16:07





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente:
ALOISIO JANUARIO DA SILVA

Data de nascimento:
03/08/1971

Mãe:
MARIA DO CARMO GOMES DA SILVA

Endereço:
PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO, 584

Acidente:
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação:
11/09/2019 15:12:07

Idade:
48a 1m 8d

Motivo:
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

BAE:
1189412
Sexo:
Masculino

Bairro:
MANGABEIRA

Data/Hora Entrada:
11/09/2019 15:12:07
CNS:
124126488770007

Município:
JOAO PESSOA
Profissional:
BENEDITO B RIBEIRO
Data/Hora Prescrição:
11/09/2019 15:34:31

Data Saída:
Telefone de Contato:
(83) 86278580
Prontuário:
75887
UF:
PB
Nº Cons. Regional:
11820/PB

NAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE APH, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO QUEIXA DE DOR EM MÃE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME: BEG, LOTE, LAM E PALPAÇÃO DOLOROSA EM OMBRO E COTOVELO ESQUERDO, LOMBALGIA E PARESTESIA DE MMII. CD: ANALGESIA TC DE COLUNA LOMBAR RX DE OMBRO, CLAVICULA, BRAÇO E ANTEBRANÇO ESQUERDO AVALIAÇÃO DA NCR AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIR GERAL.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: EM AD)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

ID10

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/09/2019 15:16:07





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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 12/09/2019 07:43:23

Nome ALOISIO JANUARIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1189412	Data/Hora Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/08/1971	Idade 48	Sexo Masculino	CNS 124126488770007
Tempo de Internação 10h 53min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 75887
Data de Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data Internação 11/09/2019 20:50:13	Permanência na Unidade 16h 31min	Permanência no Leito 10h 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 12/09/2019 07:43:23)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: ROSICLEIDE
JUCA DE A ESTRELA
Em: 13/09/2019 10:28:40

Nome ALOISIO JANUARIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1189412	Data/Hora Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/08/1971	Idade 48	Sexo Masculino	CNS 124126488770007
Tempo de Internação 1d 13h 38min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data Internação 11/09/2019 20:50:13	Permanência na Unidade: 1d 19h 16min	Permanência no Leito: 3h 33min

FISIOTERAPÊUTICA (ROSICLEIDE JUCA DE A ESTRELA - 13/09/2019 10:28:05)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, COLABORATIVO

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

EVOLUÇÃO:

EXPANSIBILIDADE: NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AValiação MOTORA

TÔNUS: NORMAL

DIMINUIDA: MSE

EVOLUÇÃO:

DOR: MSE

MARCHA: PRESERVADA

CONDUTA

EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA, EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRE CERVICAIS, ORIENTAÇÃO GERAIS

OUTROS: PVD INSP FRAC 3T

OUTROS: SEDESTAÇÃO CAMINHADA

OBSERVAÇÕES:

AValiação, MOTO, FRAT.UMERO PROXIMAL E (SEM INDICAÇÃO)

Seção: HTP - ENF 18

Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: ROSICLEIDE JUCA DE A ESTRELA



Número Conselho: 104693





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Impresso por: PAULO
RIBEIRO DA SILVA
Em: 12/09/2019 21:00:31

Nome ALOISIO JANUARIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1189412	Data/Hora Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/08/1971	Idade 48	Sexo Masculino	CNS 124126486770007
Tempo de Internação 1d 10min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO
Data de Entrada 11/09/2019 15:12:07	Data Internação 11/09/2019 20:50:13	Permanência na Unidade 1d 5h 48min	Permanência no Leito 1d 10min

APACHE

Nenhum registro encontrado

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (PAULO RIBEIRO DA SILVA - 12/09/2019 21:00:31)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

TOSSE

TOSSE: AUSENTE

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

DIETA: V.O.

AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA

EVOLUÇÃO: CORADA

AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

MEMBROS - SUPERIORES

EVOLUÇÃO: FRATURA EM MS, CATETER VENOSO EM MS

MEMBROS - LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Paulo Ribeiro da Silva
COREN/PB: 531.618-ENF
Número Conselho: 531618



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha
			1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HTOP	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HTOP	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Aloísio Januário da Silva	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1189412
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO (Nº DO TELEFONE)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

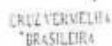
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS RESCUTIVAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I
☒ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

B-Braun / TMC Cx. 4,5 + 3,5 Canulado - 150 abertos mm
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
01 parafuso canulado 4,5 N: 40 - R 16 não foi utilizado 01 " " " 4,5 N: 40 - R 32 material 02 aruelas 02 fios de Kirschner 2,0 - usado 02 agulha de plexo A 100 - B - Braun + A 25 - usado

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - COD. ORGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



Abstract

Medico/CRM:

João Pessoa, 17 de 10 de 12

F(NG) ASCIR, 009-1



Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: Aloísio Januário da Silva
IDADE: 48 A **SEXO:** M **ENFERMIA:** 18 **LEITO:** 03
CIRURGIA: Cirúrgico Fratura do Tubérculo maior do Úmero (E)
CIRURGIÃO: Dr. Rerina + Dr. Zaux
ANESTESIA: Bloqueio + Sedação
ANESTESISTA: Dr. João
INSTRUMENTADOR: / /
DATA: 17/09/19 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIA:** 14:00 → 16:00 **Cirurgião:** 14:15
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE): ASA 1 (1) ASA 2 (1) ASA 3 (1) ASA 4 (1) ASA 5 (1)
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (1) CONTAMINADA (1) INFECTADA (1) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTÂNILA		JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	SRL 500	JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA	SF 500	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUCOES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº
FENÓRBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DEKMA TOMO		FIO POLILACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENVERTO		FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4.5	LUVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7.5		FIO POLILACTAPRONE Nº
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8.0		FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDIACA
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº23G	SCALP Nº10		CLIP TITANIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CÍRURGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA
ETIDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA
FLUOREMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		SONDA URETRAL Nº
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		
TENOXICAN		ESPARADRAPO		
Cetoprafeno		GAZES		
		GAZES ALGODOADAS		
		GEL ELETROLITICO		
		JELCO Nº14		
		JELCO Nº16		

EQUIPAMENTOS:
 (1) ASPIRADOR
 (1) BISTURI ELÉTRICO
 (1) CAPNOGRAFO
 (1) CARDIOMONITOR
 (1) DESFIBRILADOR
 (1) FOCO AUXILIAR
 (1) FOCO CENTRAL
 (1) MICROSCOPIO
 (1) OXÍMETRO DE PULS
 (1) PA INVASIVA
 (1) PERFUSADOR ELET
 (1) SERRA
 CIRCULANTE



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/09/19

PRONTUÁRIO

1189412

PACIENTE: Moirio Tonvario da Silva

SEXO: M

COR:

IDADE: 48

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO 71 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VAM

AP. RESPIRATÓRIO: usável

AP. CIRCULATÓRIO: usável

AP. DIGESTIVO: 1h m > 8h

ESTADO MENTAL: Lúcido

DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO:

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de úmero maior do membro (E)

CIRURGIA REALIZADA: Redução de fratura de úmero maior do membro (E)

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:00h

TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:00h

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. João +

CPF:

CRM-PB:

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

ASSINATURA: Dr. Rêbeli M&S

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

Bloqueio do plexo braquial + sedação.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Propofol 0,33% 60ml

2. Lidocaína 1,5% 60ml

3. Midazolam 0,5mg

4. Fentanil 50mcg + 100mcg

5. Propofol 50mg

6. Cloridrato de 10mg

7. Propofol 10mg

8. Propofol 10mg

9. Propofol 100mg

10. Propofol 100mg

11. Propofol 100mg

12. Propofol 100mg

13. Propofol 100mg

14. Propofol 100mg

15. Propofol 100mg

16. Propofol 100mg

17. Propofol 100mg

18. Propofol 100mg

19. Propofol 100mg

20. Propofol 100mg

21. Propofol 100mg

22. Propofol 100mg

23. Propofol 100mg

24. Propofol 100mg

25. Propofol 100mg



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDV, dorso em "cadeira de pau" e anestesia geral
- Exposição da região cirúrgica

Incisão:

Via acesso transda torção

Achados:

Fratura do tubérculo menor

Conduta:

- Redução direta da fratura com auxílio da fio guia (K. (02) nº 2,0)
- Fixação da fratura comuldo 4,5 nº 48
4,5 nº 40
- Lavagem da articulação
- LMC c/ SF 0,9%

Fechamento:

Sutura por planos
curativo estéril

Observação:

Re de controle

João Pessoa
CRM-PB: 12278

João Pessoa, 17 / 09 / 19

Médico/CRM:

(FNG) ASCIR.009-1





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/02/2021 10:16:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022210163716100000037858273>

Número do documento: 21022210163716100000037858273

Num. 39731018 - Pág. 20

DETTRAN - PB		Nº 014202318761	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
1	0102706980-8	00/00000000	2018
GENIVAL RIBEIRO DA SILVA			
79854842487		PLACA QEI2530/PB	
NOVO	PB	9C2KC1660FR020774	CHASSI
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 TITAN EX		ANO FAB 2014	ANO MOD 2015
2 P/149 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA ÚNICA 00/00/0000		1º	
FAIXA LTV 0		2º	
3º		VENC/COTAS	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
PARCELAMENTO / COTAS		DATA DE PAGAMENTO	
A.F. BV. FINANCEIRA S.A. OBRIGATORIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
31623		52006	
JOAO PESSOA-PB		13/11/2018	
31623		52006	

PB Nº 014202318761		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 0600.022.1204			
EXERCÍCIO 2018		DATA EMISSÃO 13/11/2018	
1	79854842487	PLACA QEI2530/PB	
11027069808	HONDA/CG 150 TITAN EX	MARCA/MODELO	
2014	9C2KC1660FR020774	ANO FAB	
PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
DETRAN (R\$)		*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		*****	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
SEGURO		DATA DE QUITAÇÃO 13/11/2018	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.345.698/0001-04			
52006-1307131-20181113			





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054009/20

Vítima: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

CPF: 759.457.544-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALOISIO JANUARIO DA SILVA : 759.457.544-04

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: 10/02/2020
Nome: ALOISIO JANUARIO DA SILVA
CPF: 759.457.544-04

ALOISIO JANUARIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200066299

Vítima: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALOISIO JANUARIO DA SILVA

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 15500288

Pag. 01629/01630 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200066299

Vítima: ALOISIO JANUARIO DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALOISIO JANUARIO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ALOISIO JANUARIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **00000020180-2**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200066299 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALOISIO JANUARIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P11,12,13,14.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 759457544-04 Nome completo da vítima: Aloisio Jonuário da Silva

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

Nome completo: Aloisio Jonuário da Silva CPF: 759457544-04

Profissão: Recusado Endereço: Rua das Siniquelas Número: 66 Complemento: casa

Bairro: Mucumagno Cidade: Joao Pessoa Estado: PB CEP: 58066-140

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 87088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0036 CONTA: 020180 2

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Joao Pessoa 29/01/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01271.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01271.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Aloísio Januário da Silva**, CPF nº 759.457.544-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Garçom, filho(a) de Maria do Carmo Gomes da Silva e Silvio Januario da Silva, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 03/08/1971 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Seriguelas, Nº 66, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Mendes., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98770-6771.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Professora Wanda de Farias Coutinho, Curva da Saída do Bairro de Nova Mangabeira., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/19 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 11/09/2019 por volta das 14:30 horas quando transitava, pela RUA PROFESSORA WANDA DE FARIAS COUTINHO; Mangabeira; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 150 TITAN EX ano e modelo: 2014/2015, de cor vermelha de placa: QFI2530/PB CHASSI: 9C2KC1660FR020774 pertencente ao Sr. Genival Ribeiro da Silva; portador do CPF: 798.548.424-87; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando na curva da saída do bairro Nova Mangabeira derrapou em decorrência da existência de água e óleo na pista, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA nº 1.189.412, FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO ESQUERDO, CID S 42.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM 2516/PB.

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

João Pessoa/PB, 03 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ALOÍSIO JANUÁRIO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01271.01.2020.1.00.401

