
Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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





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 Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000002460-0**

Conta: **00000000594-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02460-0

CONTA: 000000000594-0

Nr. da Autenticação F35A8AC51C76C19D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190259478 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO. FRATURA DIAFISÁRIA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E ENCURTAMENTO COM CERCA DE 3 CM. LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO DIREITOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO INICIALMENTE À TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP EM SEGUNDO TEMPO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL. HÁ RELATO DE ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

Conduta mantida:

Observações: LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA, INFORMA COMO DATA DO ACIDENTE 14/12/2018, QUANDO O CORRETO É 14/11/2018.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

01273737482

Nome completo da vítima:

ESPÍRITO FRADELLINO DA SILVA

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

Nome completo:

ESPÍRITO FRADELLINO DA SILVA

CPF:

01273737482

Profissão:

ALMOCEIRO

Endereço:

217 SULINO

Bairro:

ÁREA VERDE

Cidade:

BELEM

E-mail:

Estado:

PA

Número:

312

Complemento:

CEP:

68255000

Tel. (DDD):

83 386326181

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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:

BANCO 516

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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:

Falecidos:

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:

Boa Vista, 04/04/2019

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROTESTO
JAG JOAO PESSOA

(*) 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 de preencher e assinar. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 01273737482 Nome completo da vítima: ESPEDITO FRANCIELINO DASILVA JUNIOR

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

Nome completo: ESPEDITO FRANCIELINO DASILVA JUNIOR CPF: 01273737482
Profissão: ABRIGADOR Endereço: ST 5 SUSPIRO Número: 112 Complemento: _____
Bairro: ÁREA RURAL Cidade: DELEM Estado: _____ CEP: 58255000
E-mail: _____ Tel (DDD): 83386326181

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: BRB S/A

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

AGÊNCIA: 2460 CONTA: 594
(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
assinatura
electrónica
validada

Local e Data: SÃO PAULO, 02/07/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) 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 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 03737.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03737.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:58 horas do dia 04 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Espedito Francelino da Silva Junior**, CPF nº 012.737.374-82, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lúcia Gomes do Nascimento e Espedito Francisco da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 15/06/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Suspiro, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 98632-6181.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Suspiro, Zona Rural, Belém/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/12/18 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

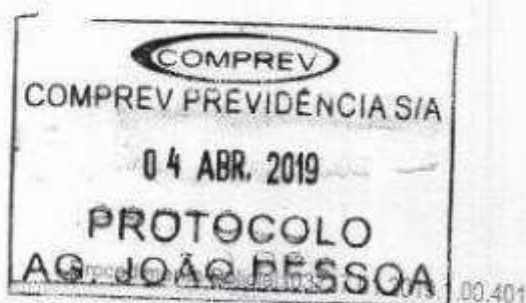
QUE, segundo o declarante no dia 04/12/2018 por volta das 08:00 horas quando transitava, pela zona rural da cidade de Belém no sítio Suspiro; com o veículo tipo HONDA/CG150 FAN ESDI ano e modelo: 2013/2014, de cor preta de placa: OGE4499/PB CHASSI: 9C2KC1680ER439030 pertencente ao Sr. Raimundo de Pontes Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando perdeu o controle da moto e colidiu de frente com outra moto; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA sendo transferido posteriormente para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 112079 - FRATURA DO FÊMUR DIREITO CID S72.3; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JUAN JAIME ALCÓBA ARCE CRM 3323/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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de abril de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR
Noticiante



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:

01273737482

Nome completo da vítima:

ESPÍRITO FRADELLINO DA SILVA

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

Nome completo:

ESPÍRITO FRADELLINO DA SILVA

CPF:

01273737482

Profissão:

ALMOCEIXON

Endereço:

217 SULINO

Bairro:

ÁREA VERDE

Cidade:

BELEM

E-mail:

Estado:

PA

Número:

32

Complemento:

CEP:

68255000

Tel. (DDD):

83 386326181

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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:

BANCA S/C

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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:

Falecidos:

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:

Boa Vista, 04/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROF. JOAO PESSOA

(*) 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 de preencher e assinar. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1119871



Identificação do paciente

ID 1342364	Nome ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR	Sexo Masculino
Data de nascimento 15/05/1982	Idade 36 anos 4 meses 20 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO	Pai ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LUZIA BARBOSA DE SANTANA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991045237	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 18328019	Nº Cns 703004870079479
Local de procedência GUARABIRA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R

Endereço

CEP 58255000	Município de residência BELEM	UF PB	Logradouro SUSPIRO
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 04/11/2018 18:11:21	Número da pulseira 1000006923630	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
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	Veio 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						

Diagnóstico	 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 02min 36seg	

Imprimir

MARIA LUCIA BOMES DA SILVA
SIT SUSPIRO, S/N - AREA RURAL
SILVIA / PB CEP: 58255000 (AO: 22)

Ligação MONOFÁSICA
Cis/Doc RES MT CBT / RESIDENCIAL - BARRA RRENDA
Roteiro: 11-58-884-4780 Referência: Mar/2019
Medidor: 00005941876 Emissão: 19/03/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-220, Km 25 - Centro Recreio - João Pessoa/PB - CEP: 53071-480
CNPJ: 09.036.132/0001-40 - Insc. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.001.005
Cód. para Dct. Automático: 000084407-0

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

Mar / 2019

19/03/2019

17/04/2019

048.574.434-01

UC (Unidade Consumidora):

5/684407-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de maio de 2002.
Com a tarifa por 6 meses, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo e qualquer momento pode solicitar o cancelamento da tarifa.
Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/02/19	11307	19/03/19	11481	
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
0801 Consumo até 220V/Wh-BR	30.000	0,0073420	2,20	0,00
0802 Consumo - 21 a 100kWh/Wh	70.000	0,0028900	20,23	0,00
0803 Consumo - 101 a 220kWh/Wh-BR	74.000	0,0039420	29,17	0,00
0810 Subsidio			48,13	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			1,31	0,00
0804 JUROS DE MORA 12/2018			1,99	0,00
0805 MULTA 12/2018			2,32	0,00
0808 Devolução Subsidio			-37,24	0,00

CC: Código de Classificação de Item: TOTAL 118,33 142,35 58,98 142,35 1,53 7,04
Tarifa Tributos: Atividade: 0,000000 Atividade: 0,000000

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

145

26/03/2019

R\$ 118,33

Histórico de Consumo (kWh)

129 | 157 | 180 | 145 | 122 | 118 | 97 | 110 | 117 | 175 | 303 | 190
Mar/18 Apr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

5d10.0f8d.bc4d.abb5.2ee8.0e73.c532.11cf.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	12,35	
DI TRIMESTRAL	24,71	
DI ANUAL	49,42	
FI Mensal	7,74	
FI Trimestral	15,48	
FI Anual	30,96	
DMC	6,79	
DMC	13,58	

Composição de Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	22,28	18,85
Consumo de Energia	33,18	28,04
Serviço de Transmissão	3,82	3,20
Encargos Setoriais	6,50	5,49
Encargos de Distribuição e Encargos	52,77	44,60
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	118,33	100,00

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) esteja(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/04/2019. Conforme Resolução 474/ANEEEL, o pagamento após esse prazo não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado. As contas pagas não excluem a unidade consumidora para este prazo. Não vale para as faturas da RESERVAÇÃO, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Fatura sujeita a inclusão em Brasil de energia se arrolado no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi registrada como Barra Rrenda, portanto desconto de R\$20,24.
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Fev/19 123,04
Jan/19 39,29

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04-ABR-2019
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 11-58-884-4780
Métrica: 684407-0-03-2

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/03/2019

R\$ 118,33

83630000001-2 18330054000-6 06844072019-8 03200056019-6

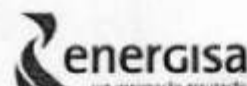


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 026.638.220



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.825-6

DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCIA GOMES DA SILVA
SIT SUSPIRO S/N
BELEM

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/684407-0

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

17/06/2019

CONSUMO

128

VENCIMENTO

26/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 02853.824171 7 79320000008127

Pagador: MARIA LUCIA GOMES DA SILVA CNPJ/CPF: 046.574.434-61

SIT SUSPIRO S/N - AREA RURAL - BELEM / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002853824	000684407201906	26/06/2019	R\$ 81,27	

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



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAIMUNDO DE PONTES SILVA,
RG nº 223171524, data de expedição 09/04/2018,
Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 013 880 124 41, com
domicílio na cidade de Piripituba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROFª ZELIA, nº 36,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA Junior cujo o condutor era
ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA Junior

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA 150 FAN ESDI
Ano: 2013/2014
Placa: 06E 44931 PB
Chassi: 9C 2KCI 68 06N 439030
Data do Acidente: 04/12/2018
Local e Data: Piripituba, 05/04/2019


Raimundo de Pontes Silva
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E
REGISTRO DE IMÓVEIS

Rua: Prof. I. M. Cavalcanti, 106 Centro
Piripituba - PB Fone: (53) 3277-1001
E-MAIL: cartorioeluzetelucena@hotmail.com

Reconheço a firma como verdadeira por AUTENTICIDADE de RAIMUNDO DE PONTES
SILVA, dou fé.
Piripituba-PB 05 de Abril de 2019. Em _____ dou verdade

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escrevente Encarregada)
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO de Tipo Normal B AIX757-8790
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos: R\$ 9,91- FEP: R\$ 1,98 - FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,49





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Espedito Francelino da Silva Junior
DATA DE NASCIMENTO 15/06/82
NOME DA MÃE Maria Lucia Gomes do nascimento

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112079
BOLETIM DE ENTRADA N.º 112079
DATA DO ATENDIMENTO 04/12/18
HORA DO ATENDIMENTO 18:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur direito
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto HÁ 12 horas, trazido por ambulância de Guarabira, apresenta tala gessada em perna direita. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, coxa D, perna D, tornozelo, pé D, joelho D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx: fratura de acetábula e fêmur D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR:
DATA DA EMISSÃO:

21/11/08

19/02/19

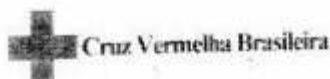
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR 2019

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR		BAE 1119871	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data Baixa
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36a 4m 20d	Sexo Masculino	CNS 703004870079479	Telefone de Contato (83) 991045237
Mãe MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO			Prontuário	
Endereço SUSPIRO, SN		Bairro ZONA RURAL	Município BELEM	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA		Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:11:21			Data/Hora Prescrição 04/11/2018 19:56:34	

Anamnese

ORTOPEDIA

RELATO DE COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA NO MID. NEGA USO DE CAPACETE. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO
MID: EDEMA 1+/4+ NA COXA DIREITA, COM DOR PALPAÇÃO. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES MID.
IMOBILIZADOR GESSADO NO TNZ DIREITO

RX: FRATURA DIAFISÁRIA DO TERÇO DISTAL DO FEMUR DIREITO
ALTERAÇÃO ÓSSEA ACETÁBULO DIREITO

HD: FRATURA FECHADA FEMUR DIREITO
FRATURA ACETABULO DIREITO

CD: TC BACIA
INTERNAÇÃO PARA TTTO CIRURGICO DE URGÊNCIA

EXAME DE IMAGEM

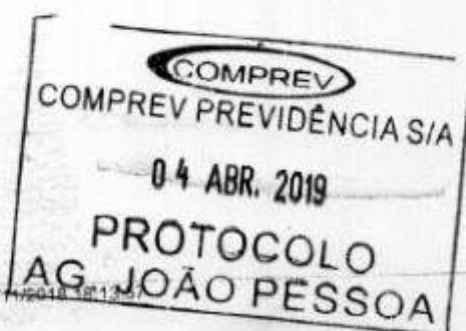
OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

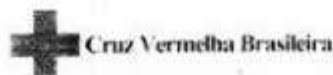
Conduta

Em observação

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR	BAE 1119871	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data Baixa
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36a 4m 20d	Sexo Masculino	CNS 703004870079479
Mãe MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 991045237
Endereço SUSPIRO, SN	Bairro ZONA RURAL	Município BELEM	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:11:21		Data/Hora Prescrição 04/11/2018 18:17:20	

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLETA HÁ 12H.

RAZIDO CONSCIENTE E ORIENTADO POR AMBULANCIA BASICA DE GUARABIRA

APRESENTA TALA GESSADA EM PERNA DIREITA POREM RX EVIDENCIA FRATURA FEMUR DIREITO

TORAX E ABDOMEN NDN

CD:

ALTA CIRURGIA GERAL

AOS CUIDADOS ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
S14.9	Traumatismo não especificado

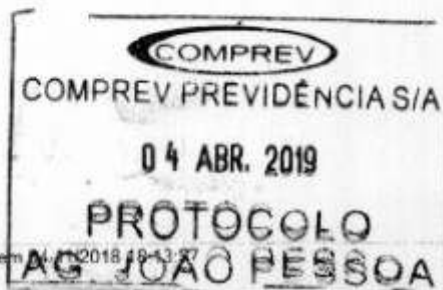
Conduta

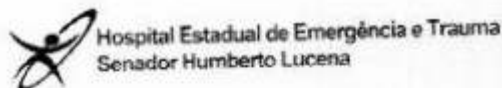
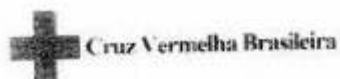
Em observação

Eduardo Motta Braga
Cir. Geral / Urologia
CRM - PB 7253 / CREA - PB 389

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)





INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: HEISENBERG
BATISTA MEDEIROS DE
ALMEIDA
Em: 05/11/2018 00:25:15

Paciente ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR	Boletim de Atendimento 1119871	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 703004870079479
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 112079
Data de Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data Internação 04/11/2018 22:35:02	Permanência na Unidade: 6h 14min	Permanência no Leito: 1h 50min

EVOLUÇÃO MEDICA (HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA - 05/11/2018 00:23:54)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO EM USO DE TRAÇÃO TRANSEQUELETICA SEM PESO E SEM FERULA. EM USO BOTA ANTI ROTATORIA SEM ADEQUAÇÃO APARENTE
PACIENTE COM DOR. SOLICITO MELHORA DA ANALGESIA E RETIRAR GESSO + COLOCAR TRAÇÃO

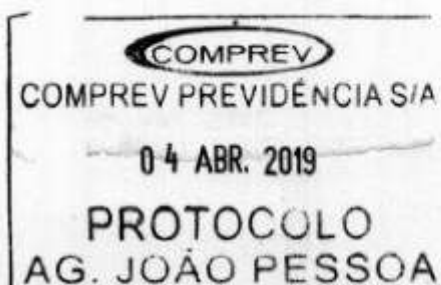
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

Número Conselho: 6229

Dr. Heisenberg Almeida
CRM: 42917-0/2018

04 NOV 2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSIL

Nome: Espeleido Francisco de Silva Junior BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: (☒ Masculino) (☐ Feminino) Cor: _____ Data: 19/11/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Trocanterização cirúrgica de fratura diafise femur (D)
 Cirurgião: Dr. Luciano Lima 1º Assistente: Dr. Rorono
 2º Assistente: Dr. Victor (MR) 3º Assistente: Dr. Bruno (MR)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura diafise de fêmur</u> (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trocanterização cirúrgica de fratura diafise de fêmur</u> (D)	

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

Biopsia de Congelação: (☐ Sim) (☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Bruno Lima Rorono
Médico
CRM 10075

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8184-RN
CRM 10894-PB

João Pessoa, 19/11/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA



BIOMEDICAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDIT sob anestesia
Gaseira + oxigênio
Aplicação de campos curativos

Incisão:

Linear na coxa direita
Direção por plano
Cuidados de hemostasia

Achados:

Fratura Diáfiseária de Fêmur (P)

Conduta:

Redução direta do foco de fratura
Fixação com placa DCP 12 furos + 8 parafusos
corticais
Limpeza abundante com SFU 9%.

Fechamento:

Sutura por planos
Curativos estéreis

Observação:

Boa a evolução

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8184-RN
CRM 10894-PB

Dr. Bruno de Lacerda Lima
Médico
CRM-PB 10075

João Pessoa, 19/11/2018

Médico/CRM:

111982

NOME DO PACIENTE Expedito Francisco da Silva Junior
IDADE 31 **SEXO** M **PRONTUÁRIO** **ENFERMARIA** **LEITO**
CIRURGIA Tumor do Testículo de Etmura Direita
CIRURGIÃO Dr. Ricardo M. A. Barbosa
ANESTESIA Rápida + Sedação + Bloqueio de Chaim
ANESTESISTA Dr. Imatador
INSTRUMENTADOR
DATA 19.11.17 **TEMPO (CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIA)** 08 H5 **CIRURGIA INICIA** 11 P00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		Soro R/L	JELCO Nº18	L	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	Soro Físico	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	1		JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORAXICA N°		FIO DE NYLON N° 8-0	1
ETOMIDATO		SOLUCÕES	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23	1	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24	1	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVPi TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	20	FIO POLIPROPILENO N°	1
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 12x4,5	LUVA ESTERIL Nº7,0	H	FIO POLIGLECAPRONE N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25x01	LUVA ESTERIL Nº7,0	H	FIO SEDA N°	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25x08	LUVA ESTERIL Nº8,0	H	FITA CARDIACA	
MORFINA		AGULHA 40x12	LUVA ESTERIL Nº8,5	20	MATERIAL ESPECIAL	QTD
NIMBILIM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA		CATETER DE PIC	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPÓFIOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER N°	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	H	FIO STEINMAN N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	H	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	H	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPIENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		HEMOST ABSORVIVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº8		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL Nº10		PROTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA	2	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP TRAQUEAL Nº12		KIT PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP TRAQUEAL Nº14		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
CEFZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		PARAFUSOS CORTICAIS	30,3
DENAMETASONA	L	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	21,3
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSEO	SONDA NASOG CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	30,3
EFEEDRINA	1	COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	30,3
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	L	PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	1	EQUIPAMENTOS	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		() ASPIRADOR	
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE			() BISTURI ELÉTRICO	
PROSTIGLINE	A	EQUIPO MICROGOTAS			() CAPNOGRFO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi			() CARDIOMONITOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO			() DESFIBRILADOR	
		GAZES			() FOCO AUXILIAR	
		GAZES ALGODOADAS			() FOCO CENTRAL	
		GEL ELETROLÍTICO			() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº14			() OXÍMETRO DE PULSO	
		JELCO Nº16			() PA INVASIVA/NÃO INVASIVA	
					() PERFURADOR ELÉTRICO	
					() SERRA	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

Euza Maria da Silva
GOREN PB 504.342-TE

FING-ASCII.021-2



FICHA DE ANESTESIA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/11/2018

PRONTUÁRIO: 11135+1

PACIENTE: Carvalho Francisco da Silva Junior SEXO: M COR: IDADE: 36

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36.5 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO B

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

EXAMES COMPLEMENTARES VSM

AP. RESPIRATÓRIO Normal AP. CIRCULATÓRIO Normal

AP. DIGESTIVO Normal ESTADO MENTAL BO DROGAS EM USO

PRE-ANESTESICO Sim ESTADO FÍSICO (ASA) I

DOSE HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Infarto agudo do miocárdio

CIRURGIA REALIZADA Infarto agudo do miocárdio

CIRURGIÃO Dr. Roberto AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 08:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 02:15

CODIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. Fabiano D. M. M. CRM: 12345

ANESTESIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

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

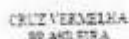
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
1	1. Propofol 1% 10mg	11
2	2. Fentanyl 50mcg	12
3	3. Dexametasona 10mg	13
4	4. Atropina 1mg	14
5	5. Fentanil 50mcg	15
6	6. Dexametasona 4mg	16
7	7. Dexametasona 4mg	17
8	8. Dexametasona 4mg	18
9	9. Dexametasona 4mg	19
10	10. Dexametasona 4mg	20

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observações importantes: Paciente com infarto agudo do miocárdio, em uso de aspirina e clopidogrel. Realizada a anestesia raquidiana sem complicações. Evolução satisfatória.

Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

P. 002/ABCR 026-1



MEETSHL

NOME:	ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR		BE/PRONTUÁRIO	1119871
IDADE:	36	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM	COR:	DATA: 4/11/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA		EMP:	LR:
CIRURGIA:	PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA			
CIRURGIÃO:	DR. STEFFERSON DINIZ		1º ASS:	
2º ASS:			3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:			ANESTESISTA:	DR. PRIORI
TIPO DE ANESTESIA:	SEDAÇÃO	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO	S723

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

DATA: 4/11/2018



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
Achados:
FRATURA DE FEMUR DIAFISARIA DIREITO
Conduta:
PERFURAÇÃO LATERO-MEDIAL DA TIBIA DIREITA COM FIO STEIM DE 5 MM;
Z
Fechamento:
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
Observação:
TRAÇÃO COM 7KG

Médico/CRM

Cruz Vermelha
Brasiliana

João Pessoa,

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

4/11/2018



NOME DO PACIENTE <i>Impedido Francisco do Nascimento</i>							
IDADE <i>36</i> DE <i>11/19/84</i> PRONTUÁRIO <i>ENFERMARIA</i> LEITO							
CIRURDIA <i>Prontuário T. ou particular</i>							
CIRURGIÃO <i>Dr. Sebastião</i> CALX <i>24X</i>							
ANESTESIA <i>gaseosa</i>							
ANESTESISTA <i>Dr. Barros</i>							
INSTRUMENTADOR							
DATA <i>10/18</i> TEMPO (CIRURGIA - ANESTESIA INÍCIO <i>21:00</i> CIRURGIA INÍCIO <i>21:15</i> FIM <i>22:00</i>)							
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)							
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.							
ALFENTANIL	<i>50 mg/ml</i>	<i>1</i>	JELCO Nº18	<i>1</i>	FIO CAT. GLT. CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº20		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº		
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº		
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº		
FENTANIL	PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIOLACTINA Nº		
FLUMAZENIL	PVPi TINTURA	<i>02</i>	LÂMINA BISTURI Nº24	<i>1</i>	FIO POLIOLACTINA Nº		
ISOFLURANO	PVPi TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIOLACTINA Nº		
L. PIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº		
LEV. BUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº		
CAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<i>1</i>	FIO POLIGLECAPRONE Nº		
LAZOLAN	AGULHA 25X08	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	<i>1</i>	FIO SEDA Nº		
MORFINA	AGULHA 40X12	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA		
NIMBILIM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	<i>2</i>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	<i>2</i>	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	<i>2</i>	FIO STEINMAN Nº		
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	<i>1</i>	SERINGA 10ML	<i>1</i>	FIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	<i>2</i>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT FAM		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA		
C. TASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14				
D. A. SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS		
EPI. ORINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS		
F. EMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO		
G. SE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	<i>1</i>	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	<i>1</i>	PLACA		
PLAST.		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR		
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO		
<i>Alumina</i>		GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNÓGRAFO		
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR		
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR		
		JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR		
		JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL		
 COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 04 ABR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					() MICROSCOPIO		
					() OXÍMETRO DE PULSO		
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA		
					() PERFURADOR ELÉTRICO		
					() SERRA		
					CIRCULANTE		
					<i>Handwritten signature</i>		
					<i>Handwritten signature</i>		
					7.04.99		
					FINOS ASCIR 021.3		



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 4/10/18

PRONTUÁRIO: 1119871

PACIENTE: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JÚNIOR

IDADE: 36A

PRESSÃO ARTERIAL: 140/90 mmHg PULSO: 97 bpm RESPIRAÇÃO: EUPNEICA

GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO () RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO ()

EXAMES COMPLEMENTARES: AP. RESPIRATÓRIO: MV (+) AHT 5/RA AP. CIRCULATÓRIO: LOTE DROGAS EM USO

AP. DIGESTIVO: JEJUN 28H ESTADO MENTAL: LOTE

PRE-ANESTÉSICO: DOSE: 100mg DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DIREITO

CIRURGIA REALIZADA: TRACÇÃO TRANSTIBIAL EM MID

CIRURGIÃO: STERZ FERSON TERM. DA ANESTESIA: 21:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 21:00

INÍCIO DA ANESTESIA: 21:00 VALORES RS: CRM-PB

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: ANESTESISTA: Luiz Priori Jr.

ADULTO: 102

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

USO DE DROGAS: 500ml

PRESSÃO VENOSA MSE - JULHO 2016

ANESTESIA GERAL () RAQUIDIANA () EPIDURAL () BLOCO PLEXO () BLOCO NERVOSO () OUTROS ()

GERAL ENDOVENOSA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	MDAZOLAM	5mg
2	FENTANIL	50mcg + 5mcg
3	KEFAMIA	50mg
4	PROPOFOL	40mg
5	O2 INALATÓRIO	30/min

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Luiz Priori Jr.
Médico Anestesiologista
CRM - PB 7556

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

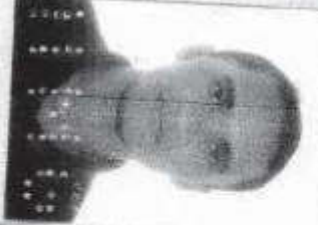
ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1296-3







CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-18.328.019

DATA DE EMISSÃO 20/11/2008

NOME ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

FILIAÇÃO ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE GUARABIRA-PB

DATA DE NASCIMENTO 15/6/1982

DIGIT. ORDEM NASC. LV-5A FL-61

PIRPIRITUBA-PB

CPF



3569692

PIR-1296

NILMA E. REIS SANTOS

ASSISTENTE DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 20/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

012.737.374-87

Nome

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Nascimento

15/06/1982



COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201774569
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0058645118-8 00/00000000 2018

RAIMUNDO DE PONTES SILVA

01389012441

OGE4499/PB

NOVO PB 9C2KC1680ER439030

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

1 00/00/0000 1º

2 00/00/0000 2º

3 00/00/0000 3º

SEM RESERVA DE DOMINIO

PIRIPITUBA - PB

03/10/2018

41793 14834

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201774569 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03/10/2018

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

2018 03/10/2018

1 01389012441 OGE4499/PB

00586451188 HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 9 9C2KC1680ER439030

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

14834-1015359-20161003



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E
REGISTRO DE IMÓVEIS

Rua Prof. Fátima Cantalco, 100 Centro
Piripituba - PB 56300-000 Fone: (35) 3277-1001
E-mail: cartorio@cartoriopiripituba.pb.gov.br

Autentico a Presença Fotocópia uma vez que confere com original dou fe. Piripituba-PB
25/03/2019. Em test"

AUTENTICAÇÃO

da verdade o Tabelião Público.

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escrivente Encarregada)

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do Tipo Normal C -

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos: R\$ 2,48 - FEPI: R\$ 0,50 - FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AIG-51038-907U

Consulte autenticidade em:

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115750/19

Número do Sinistro: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIO

CPF: 012.737.374-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/12/2018

Titular do CPF: ESPEDITO FRANCELINO
DA SILVA JUNIOR

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR : 012.737.374-82

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019

Nome: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

CPF: 012.737.374-82

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190259478**

Nome do(a) Examinado(a): **ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO SUSPIRO, S N, CASA - AREA RURAL - Belém - PB - CEP 58255-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /MG**] **18328019**

Data e local do acidente: [**04/12/2018**] **BELEM - PARAIBA**

Data e local do exame: [**11/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO. FRATURA DIAFISÁRIA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E ENCURTAMENTO COM CERCA DE 3 CM. LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO DIREITOS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO INICIALMENTE À TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DCP EM SEGUNDO TEMPO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL. HÁ RELATO DE ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA, INFORMA COMO DATA DO ACIDENTE 14/12/2018, QUANDO O CORRETO É 14/11/2018.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB