

---

**Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200088181**

**Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDUARDO CAMPOS 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



---

**Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200088181**

**Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), EDUARDO CAMPOS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 27 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200088181**

**Vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDUARDO CAMPOS 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\$ 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: **EDUARDO CAMPOS DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000015814-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200088181

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDUARDO CAMPOS DA SILVA

**Data do acidente:** 08/10/2019

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA GRAVE DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS MEDIAL E LATERAL NO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM PERDA DE 75% DE FLEXÃO, HIPOTROFIA DA COXA E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>35 %</b> | <b>R\$ 4.725,00</b>   |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0040870120 3 - CPF da vítima: 04061138405 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO CAMPOS DA SILVA 6 - CPF: 040.611.384-05  
7 - Profissão: MT CANTIDO 8 - Endereço: N. TEREZINHA FERREIRA DE LIMA 9 - Número: 512 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ERANI SATIRO 12 - Cidade: SÃO PÉSSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58080-805  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 988366148

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 15814 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (voinazer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo, 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Eduardo Campos da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0040870120 3 - CPF da vítima: 04061138405 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO CAMPOS DA SILVA 6 - CPF: 040.611.384-05  
7 - Profissão: MT CANTIDO 8 - Endereço: N- TERRE ZINTELIA FERRACIN DE LIMA 9 - Número: 512 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ERUVANI SATIAD 12 - Cidade: SÃO PÉSSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58080-805  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 988366148

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 15814 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairazzer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo - SP 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3200088181  
Nome do(a) Examinado(a): Eduardo Campos da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Terezinha Ferreira de Lima, 1  
Ernani Satiro Joao Pessoa PB CEP: 58080-805  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2498048  
Data local do acidente: [ 08/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 13/03/2020 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA GRAVE DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS MEDIAL E LATERAL, FEZ VÁRIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 07/02/2020**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS MEDIAL E LATERAL NO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

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

Sim      ( ) Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim      ( ) Não

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

**APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA 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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

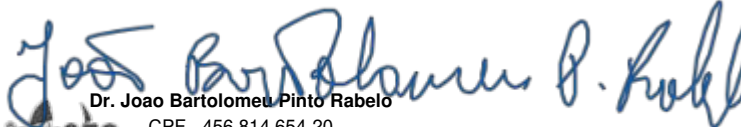
Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00899.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00899.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 24 de janeiro 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 **Eduardo Campos da Silva**, conhecido(a) por Eduardo, CPF nº 040.611.384-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Lenice Antonia da Silva e Enock Campos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Terezinha Ferreira de Lima, Nº 1, complemento CASA, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98836-6149.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, De Frente Ao Makro Supermercado., João Pessoa/PB, bairro Ernani Sátiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 08/10/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 08/10/2019 por volta das 17:30 horas quando transitava, pelo BR 230; sentido João Pessoa/Cabedelo-PB, com o veículo tipo HONDA/NXR160 BROS ESDD ano e modelo: 2016/2016, de cor vermelha de placa: QFW4958/PB CHASSI: 9C2KD0810GR455314 pertencente ao Sr. Jefferson de Araújo Silva portador do CPF: 130.530.114-50; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando na altura do MAKRO um ciclista embriagado colidiu na lateral da moto, Que devido ao fato o declarante veio a perder o controle da moto; cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo pelos BOMBEIROS para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde, no dia posterior, no dia 09/10/2019 foi transferido para o HOSPITAL SAMARITANO e após passar cinco dias internado no HOSPITAL SAMARITANO foi transferido novamente para o HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA, onde foi diagnosticado, de acordo com o RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, FRATURA DE JOELHO, conforme ficha de internação em anexo.

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, 24 de janeiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0040870120 3 - CPF da vítima: 04061138405 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAMPOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO CAMPOS DA SILVA 6 - CPF: 040.611.384-05  
7 - Profissão: MT CANTIDO 8 - Endereço: N. TEREZINHA FERREIRA DE LIMA 9 - Número: 512 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ERANI SATIHO 12 - Cidade: SÃO PÉSSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58080-805  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 988366148

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 15814 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairazzer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo, 03.02.2020  
Eduardo Campos da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



VISTO EM: 14/02/2020

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 14 de fevereiro de 2020

**CERTIDÃO Nº. 0019/2020**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 08/10/2019, consta que foi socorrido por volta das 17h48min o Sr. **EDUARDO CAMPOS DA SILVA**, CPF. 040.611.384-05, vítima de **COLISÃO MOTO x BICICLETA**. Ocorrido na Rua três lagoas, Bairro Cristo, João Pessoa - PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR 46, tendo como chefe o 3º SGT **WALLYSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 523.935-4. Vítima consciente e orientada, apresentando luxação na perna direita. Após os procedimentos de estabilização e imobilização, a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabeth Gurjão Leôncio Pinheiro** - CB BM, Mat. 523.935-4, auxiliar da 3ª Seção BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção BAPH.

  
JHARRISON CARDOSO DE SOUSA

Chefe da 3ª Seção



**EDUARDO CAMPOS DA SILVA**  
 RUA TERESINA FERREIRA DE LIMA, S/N - ERMIAN SATIRO  
 JOAO PESSOA/PB CEP: 55010-000 JMG-11



Ligação TRAFÁSICO  
 Cls/Esc: COM MTC B3 / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS  
 Roteiro 12 - J - 736 - 3020  
 Medidor: 00708560891

Referência: Dez / 2019  
 Emissão: 19/12/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 B-200, Km 25 - Distrito Reston - João Pessoa/PB - CEP 5071-880  
 CNPJ: 07.042.088/0001-40 - Ins. Est. 15.015.027-0  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 06.962.449  
 Cód. para Cód. Automático: 00012021010

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPE/ CNPJ/ RANI             |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Dez / 2019        | 19/12/2019   | 20/01/2020                       | 040.611.384-05<br>Ins. Est. |

UC (Unidade Consumidora): **5/1202151-5**

**Canal de contato**

Aprovada 137 e regulariza suas contas em atraso pedimos  
 regular para você começar a ano novo num bom dia!

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 20/12/19 | 8720    | 19/12/19 | 8179    |           | 541     | 29   |

**Demonstrativo**

| Cod.  | Descrição                      | Quantidade | Unidade  | Valor           | Valor         | Valor         | Valor        | Valor         | Valor       |              |
|---|--------------------------------|------------|----------|-----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|-------------|--------------|
|   |                                | Tratada    | Taxa     | Valor           | Valor         | Valor         | Valor        | Valor         | Valor       |              |
| 0901  | Consumo em kWh                 | 367,000    | 0,759420 | 295,21          | 295,21        | 29            | 76,38        | 295,21        | 9,22        | 14,94        |
| 0901  | Adic. B. Vermelha              |            |          | 9,32            | 9,32          | 29            | 2,00         | 9,32          | 0,29        | 0,29         |
| 0901  | Adic. B. Amarela               |            |          | 4,92            | 4,92          | 29            | 1,25         | 4,92          | 0,05        | 0,04         |
| <b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>               |                                |            |          |                 |               |               |              |               |             |              |
| 0807  | CONTRIB. SERV. ALM. PÚBLICA    |            |          | 22,22           | 0,00          | 0             | 0,00         | 22,22         | 9,06        | 0,00         |
| 0804  | JUROS DE MOROSIA 11/2019       |            |          | 0,24            | 0,00          | 0             | 0,00         | 0,24          | 0,00        | 0,00         |
| 0905  | MULTA 11/2019                  |            |          | 4,04            | 0,00          | 0             | 0,00         | 4,04          | 0,00        | 0,00         |
| 0906  | ATUALIZAÇÃO SOCIETARIA 11/2019 |            |          | 0,08            | 0,00          | 0             | 0,00         | 0,08          | 0,00        | 0,00         |
| <b>Cód. Codigo de Classificação de Item</b> |                                |            |          | <b>TOTAL</b>    | <b>345,19</b> | <b>218,46</b> | <b>78,61</b> | <b>318,46</b> | <b>2,35</b> | <b>15,47</b> |
| <b>Taxa de Tributos</b>                     |                                |            |          | <b>0,545430</b> |               |               |              |               |             |              |

Média últimos meses (kWh) **170**      **VENCIMENTO** **27/12/2019**      **TOTAL A PAGAR** **R\$ 345,19**

**Histórico de Consumo (kWh)**

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 108    | 107    | 102    | 200    | 109    | 141    | 102    | 103    | 129    | 94     | 201    | 240    |
| Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Sep/19 | Out/19 | Nov/19 |

**RESERVADO AO FISCO**  
 daf7.77f5.0ba1.26d3.312e.0892.f0d3.6be9.

| Indicadores de Qualidade |         |                      | Composição do Consumo        |               |               |
|--------------------------|---------|----------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| Limites da ANEEL         | Aperado | Limite de Tensão (V) | Discriminação                | Valor (R\$)   | %             |
| DC MENSAIS               | 0,00    | NOMINAL              | Serviço de Dist. de Energia  | 94,35         | 27,34         |
| DC TRIMESTRAL            | 0,00    | CONTRATADA           | Consumo de Energia           | 110,48        | 32,00         |
| DC ANUAL                 | 0,00    | LIMITE INFERIOR      | Serviço de Transmissão       | 17,54         | 5,08          |
| FC TRIMESTRAL            | 0,00    | LIMITE SUPERIOR      | Encargos Financeiros         | 12,67         | 3,67          |
| FC ANUAL                 | 0,00    |                      | Impostos, Dívidas e Encargos | 125,19        | 36,26         |
| DMC                      | 0,00    |                      | Outros Serviços              | 0,00          | 0,00          |
| DCR                      | 12,12   |                      | <b>Total</b>                 | <b>345,19</b> | <b>100,00</b> |

**ATENÇÃO**      **Faturas em atraso**  
 - Leitura confirmada



**ORTOTRAUMA**  
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Dr. Felipe Soares Sene  
Dr. Francisco Kattney S. Pedrosa  
Dr. Milton da Silva Linsnes  
Dr. Renato Soares de Castro  
Dr. Rodrigo Castro de Amorim  
Dr. Rômulo Soares de Castro  
Dr. Rosvânia Cavalcante Almeida  
Dr. Tullio Augusto de M. Torres  
Dr. Thibérica de Medeiros Barbosa  
Dr. Vladimir Antônio Couraean

Para: **EDUARDO CAMPOS DA SILVA**

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ( QUEDA DE MOTO) COM FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL DIREITO ( AFUNDAMENTO E COMINUIÇÃO ANTEROMEDIAL, AFUNDAMENTO CENTROLATERAL, CISALHAMENTO E COMINUIÇÃO POSTERO MEDIAL, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ELEVÇÃO DO AFUNDAMENTO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR E MANTIDO COM TÉCNICA DE " SINTESE PERDIDA" COM FIOS DE KIRSCHNER E ENXERTO ÓSSEO SINTÉTICO, OSTEOSSINTESE LATERAL COM PLACA EM L BLOQUEADA E PARAFUSOS, OSTEOSSINTESE POSTEROMEDIAL COM PLACA EM T BLOQUEADA E PARAFUSOS.

PACIENTE COM 5 SEMANAS DE FRATURA ARTICULAR GRAVE, AINDA NÃO LIBERADO PARA DEAMBULAR PELO RISCO DE AFUNDAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR. PROVAVELMENTE SERÁ LIBERADO CARGA PARCIAL NO PRÓXIMO RETORNO COM 21 DIAS, DEPENDENDO DA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA VISUALIZADA EM RADIOGRAFIA DE CONTROLE E PERMANECE EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E CONSULTA AMBULATORIAL.

Ata de Consulta  
Ortopedia / 18/11/2019  
Clínica de Joelho  
CRM - 79637

JOÃO PESSOA, 18/11/2019.

Ortopedia  
Cirurgia da Mão  
Cirurgia do Joelho  
Cirurgia do Quadril  
Cirurgia do Cotovelo  
Cirurgia do Ombro  
Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491

**ARAÓ SANTOS DE ALENCAR**

Fones: (81) 3508.5001 / 3508.5002

Médico ortopedista - CRM 79637

Raio X

Artroscopia

Clínica de Fratura



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HGP

Nº Pedido: 33989293

Data 12/11/2019

Pag 1 de 6

Paciente...: 16958137 JOALISSON BATISTA DA SILVA

Nascimento.: 04/03/1990 Sexo: M RG.: 3297520 SSP PB CPF.: 07179877441

Endereço...: R R JORNALISTA HERMANO PONCE DE 147 CUIA JOAO PESSOA PB 56 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Matrícula...: 53174000567001

Solicitante: Dr(a) SOAMY LIMA RAMALHO

Queixa Principal:

Exame:

RX PE ESQUERDO

IBM%08'

6342026421

RELATÓRIO

#### COMENTÁRIOS

Discreto traço de fratura da falange distal do 1º quirodáctilo no seu aspecto proximal, sem desvios, com extensão articular, e aumento das partes moles locais.

Fixação metálica externa para tratamento de fratura no tornozelo.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.

OBS.: Exame documentado em CD.

\_\_\_\_\_  
CATARINA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO - CRM 6278-  
PB



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HGP

Nº Pedido: 33989293

Data 12/11/2019

Pag 2 de 6

Paciente...: 18958137 JOALISSON BATISTA DA SILVA

Nascimento.: 04/03/1990 Sexo: M RG.: 3297520 SSP PB CPF.: 07179877441

Endereço...: R R JORNALISTA HERMANO PONCE DE 147 CUIA JOAO PESSOA PB 58 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Matricula...: 53174000567001

Solicitante: Dr(a) SOAMY LIMA RAMALHO

Queixa Principal:

Exame:

RX PERNA ESQUERDA

IBM%<sup>c</sup>9'

6342026422

RELATÓRIO

#### COMENTÁRIOS

- 1- Contornos articulares de aspecto normal.
- 2- Espaços articulares íntegros.
- 3- Estruturas ósseas conservadas.
- 4- Partes moles da perna distal aumentadas.
- 5- Fraturas maleolares descritas no exame do tornozelo.
- 6- Manipulação cirúrgica externa metálica para fixação de fraturas no tornozelo.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.

OBS.: Exame documentado em CD.

CATARINA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO - CRM 8279-  
PB



Hospital João Paulo II Ltda  
Rua Euripedes Tavares, 362 - Centro  
João Pessoa - PB - Cep 58013-290  
CGC : 40.939.944/0001-43 INSC. EST : 16.095.920-9

### FICHA DE INTERNAÇÃO

#### DADOS PESSOAIS

Internação: 0260232-19  
Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA Religião:  
Convênio: SMILE SAUDE  
Sexo: MASCULINO Data nascimento: 22/05/1981 Cor: Idade: 38  
Estado Civil: CASADO(A) Profissão: Cod. Convênio: 069718600  
Naturalidade: JOAO PESSOA e LENICE ANTONIA DA SILVA CPF: 04061138405  
Filiação: ENOCK CAMPOS DA SILVA Número: 107  
Endereço: SEVERINO NUNES 107  
Barro: FUNCIONARIOS III Cel. PB CEP: 58000-000 Fone: (83)8813-1882  
Cidade: JOAO PESSOA

#### DADOS HOSPITALAR

Data/Hora: 14/10/2019 11:58:00 Local: 2º ANDAR POSTO DE  
Quarto/Leito: 20 01 Fone resp.: (83)8813-1882  
Responsável: EDUARDO CAMPOS DA SILVA C P F: 98752359115  
Médico: 7967 ARAO SANTOS DE ALENCAR Cl. Atend. Usuário ISABELANEVES  
Especialidade: ORTOPEDIA

Código Procedimento

Condições de alta  Curado  a Pedido  Sem melhora  
 Melhorado  Indisciplina:  Permanência  
 Transferido  Óbito

ARAOSANTOSDEALENCAR

#### AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA E/OU TRATAMENTO

Declaro que eu, abaixo assinado, consinto em ser submetido a qualquer cirurgia, anestesia ou terapêutica que for julgada necessário ou prudente para meu tratamento.

Data/Hora

*ARAOSANTOSDEALENCAR*  
EDUARDO CAMPOS DA SILVA

#### RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do Hospital, afixado na dependência da internação, e responsabilizo-me pelas despesas que vierem a ocorrer sob o mesmo.

Data/Hora

*EDUARDO CAMPOS DA SILVA*  
EDUARDO CAMPOS DA SILVA

RG:  
CPF: 04061138405

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

**CONTRATANTE/PACIENTE:** EDUARDO CAMPOS DA SILVA, nacionalidade: BRASILEIRA, Profissão, portador da Cédula de Identidade nº, CPF nº 04061138405, Estado Civil: CASADO(A) CASADO(A), residente e domiciliado na SEVERINO NUNES 107 Bairro: FUNCIONARIOS III, Cidade: JOAO PESSOA, Estado: PB, Telefone: (83)8813-1882.

Obs. 1: Neste ato fica estabelecido que o PACIENTE e o RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE nomeiam reciprocamente um ao outro, como seu bastante procurador para fim específico deste instrumento.

Obs. 2: Na hipótese de inexistência de RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE, caberão ao PACIENTE todas as obrigações advindas do presente instrumento.

**CONTRATADA:** HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA., pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 40.939.944/0001-43, localizada na Av. Eurípedes Tavares, nº 362, Centro, João Pessoa - PB, responsabilidade técnica do Dr. SILVANA MADUREIRA ENTSCHÉV PIERRE BRANCO, CRM nº 5393/PB.

As partes acima qualificadas têm, entre si, por justo e contratado os seguintes termos:

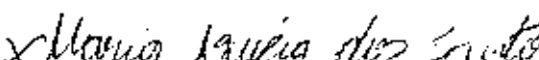
1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL de acordo com determinação do MÉDICO ASSISTENTE responsável por sua admissão no HOSPITAL JOÃO PAULO II.
2. O PACIENTE/RESPONSÁVEL, por força deste instrumento e na melhor forma de direito, obriga-se, e aos seus herdeiros e sucessores, nos termos da legislação Civil Brasileira a pagar toda e qualquer despesa decorrente da internação do PACIENTE, registrado junto ao HOSPITAL sob o nº 40.939.944/0001-43, inclusive medicamentos, materiais de consumo, exames e outros correlatos, para tratamento clínico e/ou cirúrgico, abrangendo a dita responsabilidade todo o período de internação, até a obtenção da alta médica, exceto nos casos em que o CONVÊNIO/OPERADORA, previamente, conceder AUFORIZAÇÃO/LIBERAÇÃO.
3. O MÉDICO RESPONSÁVEL, e seus assistentes, são de livre escolha do PACIENTE/RESPONSÁVEL.
4. Em sendo o PACIENTE menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu RESPONSÁVEL LEGAL, devidamente qualificado no preâmbulo.
5. O HOSPITAL JOÃO PAULO II fica desde já autorizado pelo PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e/ou laboratoriais indicado-requisitados pelo MÉDICO e seus ASSISTENTES ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
6. O PACIENTE, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nomeia o RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do PACIENTE. Parágrafo Único: Na hipótese de incapacidade do PACIENTE e inexistência de RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE, o PACIENTE, desde já, autoriza a execução de todos os procedimentos indicados pelo MÉDICO ASSISTENTE.
7. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL assumem total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declaram estar cientes de que o HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA poderá adotar todas as medidas cabíveis para a execução do serviço ora contratado.
8. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante do Código de Ética Médica.
9. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL autoriza o HOSPITAL JOÃO PAULO II, nos termos acima mencionados, a divulgar informações acerca de sua internação, para fins de auditoria interna do Hospital e auditorias previstas na legislação ou autorizadas por autoridade judicial, notificações compulsórias previstas na legislação em vigor ou auditorias de contas pela OPERADORA.
10. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do HOSPITAL e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL.
11. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL respondem pela guarda dos objetos pessoais e de valor, desde a sua admissão até a alta médica, sejam estes do PACIENTE, ACOMPANHANTES OU VISITANTES. O HOSPITAL JOÃO PAULO II recomenda ao PACIENTE que valores, jóias e equipamentos eletrônicos, não sejam mantidos no HOSPITAL, pois este não se responsabilizará por sua guarda.
12. Cabe ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL zelar pelas instalações do HOSPITAL JOÃO PAULO II, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste.
13. O HOSPITAL JOÃO PAULO II não dispõe de UNIDADE DE TERAPIA INTENSA, sendo assim, em caso de intercorrências, o paciente será estabilizado em nossa UNIDADE DE TERAPIA SEMI INTENSIVA e será transferido para outra Unidade Hospitalar de acordo com direcionamento do seu plano de saúde ou, seguro-saúde.
14. Caso o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL seja transferido para uma das UNIDADES DE TERAPIA SEMI INTENSIVA, seus acompanhantes deverão desocupar o leito. A permanência destes estará condicionada à disponibilidade de leitos por parte do HOSPITAL, bem como ao pagamento de taxa de ocupação (diária) de acordo com a Tabela de Preços do HOSPITAL JOÃO PAULO II, mesmo para pacientes de categoria convênio.
15. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de diárias praticada pelo HOSPITAL JOÃO PAULO II, que está à disposição para consulta no caixa do HOSPITAL, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo HOSPITAL sem aviso prévio.

X Maria Leícia dos Santos

14/10/2019 11:59:05

16. Fica o HOSPITAL JOÃO PAULO II autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicatas de prestação de serviços para fins de cobrança dos procedimentos médico-hospitalares usufruídos.
17. O montante cobrado na conta hospitalar será calculado de acordo com os valores constantes da tabela vigente no momento da realização dos serviços e, em caso de inadimplimento, serão acrescidos de multa moratória 2% (dois por cento), correção monetária a ser realizada pelo índice IGP-M da Fundação Getúlio Vargas juntamente com juros de mora de 0,033% ao dia.
18. PACIENTE internado por Intermédio de Operadora de plano ou seguro-saúde (convênio) deverá observar o disposto no contrato firmado com a sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro-saúde. O HOSPITAL JOÃO PAULO II atenderá de acordo com a cobertura informada pela OPERADORA, sendo que o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL fica ciente de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro-saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a tabela do HOSPITAL JOÃO PAULO II, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.
19. O valor dos honorários médicos dos profissionais responsáveis pela admissão e tratamento do PACIENTE não está incluído na conta hospitalar, sendo o pagamento de tais honorários de exclusiva responsabilidade do PACIENTE/RESPONSÁVEL, exceto quando autorizados pelo convênio/operadora.
20. A fatura emitida pelo HOSPITAL JOÃO PAULO II, decorrente dos serviços prestados, contemplarão os serviços, medicamentos, materiais e taxas, podendo ser emitida no momento da alta hospitalar ou encaminhada posteriormente ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL através de boleto bancário acompanhado da respectiva Nota Fiscal ou comparecimento ao HOSPITAL para quitação do débito, ressalvados aqueles que estejam cobertos pelos respectivos convênios/operadoras.
21. Alguns serviços prestados pelo HOSPITAL, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pelo CONVÊNIO/OPERADORA e por isso serão faturadas diretamente ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL de acordo com a Tabela do HOSPITAL JOÃO PAULO II de preços vigentes.
22. As despesas com alimentação de acompanhantes serão faturadas na conta do paciente. Consulte seu CONVÊNIO/OPERADORA sobre eventual cobertura de despesas com alimentação de acompanhantes. Em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com o Estatuto do Idoso, o Hospital fornece todas as condições aos acompanhantes para que permaneçam com os pacientes, sendo disponibilizado local para repouso e opções de refeição por meio da copa ("room service").
23. Dietas enterais, parenterais e especiais não estão incluídas nas diárias (salvo quando autorizados previamente pelo convênio/operadora). Alguns itens utilizados durante a internação e/ou procedimentos poderão não ter cobertura do CONVÊNIO/OPERADORA. O HOSPITAL JOÃO PAULO II não tem ciência prévia de todos. Sendo de responsabilidade do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a consulta junto ao seu CONVÊNIO/OPERADORA para obter informações, sempre que não houver certeza de cobertura. Os itens sem cobertura serão faturados na categoria particular e cobrados do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL posteriormente.
24. É vedado gravar imagens ou fotografar as instalações do Hospital, bem como procedimentos ou atendimentos que estejam sendo realizados pelos profissionais do Hospital, sendo vedada, inclusive, a utilização de "webcam", telefones celulares ou qualquer outra forma de monitoramento remoto no leito do paciente, visando à preservação da privacidade e intimidade dos pacientes e profissionais envolvidos no atendimento.
25. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara-se ciente de que a apresentação da Guia de Internação (e todas as solicitações médicas requisitadas e autorizadas durante o período da internação), o eximem dos pagamentos acima mencionados, ressalvados aqueles que não estejam cobertos pelos respectivos CONVÊNIOS/OPERADORAS.
26. Declara-se o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ciente da responsabilidade pelas despesas extras ocorridas no período de internamento como utilização de frigobar, refeições extras e tarifação telefônica, cujos valores serão apresentados no momento da alta hospitalar, mediante apresentação da conta hospitalar.
27. Declara-se o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ciente que a recusa ao pagamento das despesas realizadas, sem motivo justificado, levará o HOSPITAL JOÃO PAULO II a proceder à cobrança judicial.
28. O HOSPITAL informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL que não queira ou não possa assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do PACIENTE para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro-saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o PACIENTE esteja em condições médicas para transferência.
29. A diária vence às 10h00min, após este horário será cobrada nova diária.
30. Declara o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL ter recebido neste ato o Manual de Informações e Orientações ao Paciente.
31. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópias dos mesmos.
32. As partes elegem o Foro da Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.

João Pessoa/PB, 14 de Outubro de 2019

  
EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE

14/10/2019 11:59:05

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA / CIRURGIA

DECLARAÇÃO

I. Eu x Eduardo Campos da Silva

Autorizo o(a) Dr.(a) x Anão Santos a realizar a seguinte cirurgia ou internação clínica x cirurgia de abdômen

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta do procedimento cirúrgico ou a internação clínica ao qual serei submetido (a) seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas

III. Reconheço e entendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto aos resultados do tratamento, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico e Internação Clínica do Hospital João Paulo II, utilizarão todos meios técnicos (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposto inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do(a) meu/minha médico(a) até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrado-me incapacitado(a) para tomar decisões o(a) médico(a) está autorizado(a) a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionais aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade: ( ) SIM ( ) NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do(a) médica(a) responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável a qualquer tempo.

PACIENTE: x Maria Lucia dos Santos

RG: x 9690829 CPF: x DATA DE NASCIMENTO: x 27/09/83

ENDEREÇO: x Senador Nunes Correia nº 77 COMP.: \_\_\_\_\_

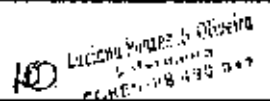
REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

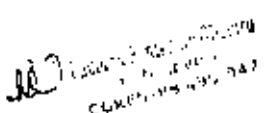
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO:  / /

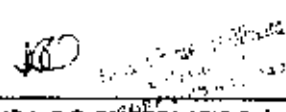
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMP.: \_\_\_\_\_

**GERENCIAMENTO DE RISCOS**


|                    |                         |                    |            |      |    |
|--------------------|-------------------------|--------------------|------------|------|----|
| PACIENTE           | Eduardo Campos da Silva | IDADE              | 38         | SEXO | M  |
| Nº DO PRONTUÁRIO   | 0260232-19              | LEITO              | 20/L       | PESO | 89 |
| DATA DE NASCIMENTO | 22/05/1981              | DATA DA INTERNAÇÃO | 14/10/2019 |      |    |

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>ALERGIAS</b><br>ATB (paciente não sabe informar quais) | <br>_____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|--------------------------|---|---|

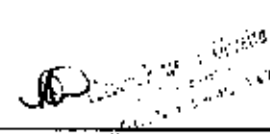
|                                     |                       |   |
|-------------------------------------|-----------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>RISCO DE QUEDA</b> | <br>_____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|-------------------------------------|-----------------------|---|

|                                     |                         |  |
|-------------------------------------|-------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>RISCO DE FLEBITE</b> | <br>_____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|-------------------------------------|-------------------------|--|

|                          |                                 |                                       |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b> | _____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>RISCO DE QUEIMADURAS E LESÃO DE POSIÇÃO</b> | <br>_____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|-------------------------------------|--|---|

|                          |                           |                                       |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>RISCO DE CONVULSAO</b> | _____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|

|                                     |                             |   |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>RISCO DE SANGRAMENTO</b> | <br>_____<br>ASSINATURA DO ENFERMEIRO (a) |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|





**HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA**  
**Hospit**  
**João Paulo II**  
 Prescrição 637654  
 Data: 16/10/2019 18:06  
 Paciente: 0071112 EDUARDO CARLOS DA SILVA  
 Idad. Convênio: 069716600 Sexo: Masculino  
 Médico: ABAD SAUNOS DE ALLENAR CRM: 7967

16/10/2019 18:21:30 Página: 1  
 LICENCIAMENTO: 0250212-19  
 Idade: 38  
 Endereço: 2º ANDAR POSTO DE EXPERIÊNCIA 20/01  
 Convênio: SMILE SAÚDE  
 Dt. Nascimento: 22/05/1981  
 Data Int: 16/10/2019 11:58:00

**Avaliação:**

AS 18:11  
 2 DPO FRATURA GRAVE DE PILTO TIBIAL  
 PACIENTE COM MELHORA DAS DORES, PARRESTESIA FACIL MEDIAL COXA E DEBOS DO PE  
 MOBILIDADE PRESERVADA  
 PERFUSAO MEMBRO OX  
 F.O SEM ASPECTO, SEM SANGRAMENTO ATIVO  
 CP: ALTA COM ORIENTAÇÕES E RETORNO AMBULATORIAL

EDUARDO CARLOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 Renda: 0250212-19 16/10/2019 11:58:08  
 Conv.: SMILE SAÚDE Carica: 069716600  
 Med.: LENICE ANTONIA DA SILVA

Médico

Infermagem

**Ata do Conselho**  
 Cirurgião / CRM: 1587 / CRM: 1587  
 Cirurgião / CRM: 1587 / CRM: 1587  
 Cirurgião / CRM: 1587 / CRM: 1587

Seq Prescrição

Cidade Unid Via Hospital

Dia | Horário/observação

CRITERIO

A partir de 07:00h

SUB

751931767/1573832  
 1573834

| Seq | Medicamento   | Unid | Via  | Horário                        | Observação                   |
|-----|---|------|------|--------------------------------|------------------------------|
| 1   | CITUA LIVRE   |      |      |                                |                              |
| 2   | SONO KINISER C/ LACTATO 500ML SIST. PEGUANO           | 1    | BOLS | EV 12/12 H                     | I (98) II (06)               |
| 3   | KEFAZOL 1G AD   | 1    | FA   | EV 08/08 H                     | 1/1 2/2 OK                   |
| 4   | DICLOFENAC 500MG/ML C/2MG AD                          | 1    | AP   | EV 06/06 H                     | 1/1 2/2 OK                   |
| 5   | TILATIL 20MG FA AD                                    | 1    | FA   | EV 12/12 H                     | 1/1 OK                       |
| 6   | HAUSEDRON 4MG C/ 2ML S.R. I.I.S.P. 0,9% 100ML         | 1    | AP   | EV 08/08 H                     | 1/1 OK                       |
| 7   | TRAMAL 100MG/2ML S.R. I.I.S.P. 0,9% 100ML             | 1    | AP   | EV 12/12 H                     | 1/1 OK                       |
| 8   | CLECIANE 40MG SER. 0,4ML PAZER AS 11H DO DIA 15/10/19 | 1    | SER  | SC 24/24 H                     | 1/1                          |
| 9   | DECAURON 4MG/ML C/ 2,5ML                              | 1    | AP   | EV 12/12 H                     | 1/1 OK                       |
| 10  | DAFLON 1000   | 1    | VO   | 1 COMP VIA ORAL DE 12/12 HORAS | 1/1 OK                       |
| 11  | COMPRESSA FRIA  |      |      |                                | CRITERIO                     |
| 12  | BONDA DE ALIVIO                                       |      |      |                                | domin de 4/4h 1/1 1/1 2/2 OK |

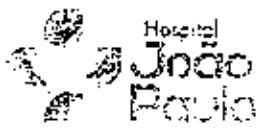
Evolução:

PROTÓTIPO  
 PACIENTE COM QUADRO DE DOR IMPORTANTE EM PERNA DIREITA  
 HOJE EVOLUI NO 1º DPO DE OSTEOINFEST PARA FRATURA DE PLANTAR TIBIAL DIREITO APRESENTA EDEMA ( 2+/4+). PULSO PERIOSO E MALEOLAR NORMAL, BOA PERFUSÃO DISTAL SEM DOR DUANTE A DORSOFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO  
 CD: "PRESCRIÇÃO DAFLON 1000 ( 12/12 HORAS ) + DEXO MEMORO ELAVADO + DECAURON 4MG EV ( 12/12 HORAS ) + QUARTIVO + REAVALIAÇÃO EM 4 HORAS.

Katrine Fernandes Costa  
 COREN-PR 50204-SUF 10

Dr. Tiago Martins Ortiga  
 Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
 CRM-PR 84657 CRM-PE 24411  
 FONE 34639

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 Atend: 0258232-10 14/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE BALDE-CR1180:069716600  
 Mãe: LENCIE ANTONIA DA SILVA



u. 1573644  
1573641  
1573660  
7.57370  
7573740

| Emp/Presc: 6068                                       | Cide Med. Via Horário | Dia/ Horário/observação            |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| 1 DIETA LIVRE   | CRITERIO              | A partir de 07:00h                 |
| 2 SORO RINGER 1/2 LITRO 500ML SIST. FECHADO           | 1 BOLS EV 12/12 H     | <del>1º 06:00 2º 7/2 (12:00)</del> |
| 3 REFAPOL 13 AD                                       | 1 PA KV 08/08 H       | <del>06 7/2</del>                  |
| 4 DIFIRONA 500MG/ML C/2ML AD                          | 1 AP EV 06/06 H       | <del>06 7/2</del>                  |
| 5 TILATIL 20MG PA AD                                  | 1 PA EV 12/12 H       | <del>08</del>                      |
| 6 NAUSEDRON 4MG C/ 2ML S.N.1115F 0,9% 100ML           | 1 AP EV 06/08 H       | SIN                                |
| 7 TRAMAL 100MG/2ML S.N.1115F 0,9% 100ML               | 1 AP EV 12/12 H       | SIN 73.50                          |
| 8 CLEXANE 40MG SER 0,4ML FAZER AS 11H DO DIA 15/10/19 | 1 SER SC 24/24 H      | <del>11</del>                      |
| 9 CUIDADOS GERAIS                                     | CRITERIO              | 20min de 3/4h                      |
| 10 SONDA DE ALIVIO                                    | S/N                   | SIN                                |

es 1/1

Médico  
DRA. IANA MEDEIROS  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PA 10345

Enfermeira  
Lupina

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
Atend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
Conv: SMILE SAÚDE Cartão: 069716600  
Mãe LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO LTDA  
 Hospital  
 Prescrição 636032  
 Data: 14/10/2019 12:28  
 Paciente: 007123 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 Cód. Convênio: 069716600  
 Enfermagem: LUCIANA POMES DE OLIVEIRA CORREI  
 Sexo: Masculino  
 Idade: 38  
 Data nasc: 22/05/1981  
 Data rec: 14/10/2019 11:58:00

Relatório de Enfermagem  
 Internamento: 0250232-19 Setor: 2º AXONAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01  
 Convênio: SMILE SAÚDE  
 De. nasc: 22/05/1981  
 Data rec: 14/10/2019 11:58:00

Seq Prescrição

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dados vitais:  
 PA Sistólica: 90 PA Diastólica: 120 PA Média: 110  
 Freq (Kgf): 89 Altura: 1.7 Per. Cefálico: Per. Torácico: Per. Abdominal: Diurese ml/24h: Freq. resp.: 17  
 Temperatura: Pulso/TC: Per. Periférico: Per. Abdominal: Diurese ml/24h: Freq. resp.: 17

Exame Neurológico:

Abertura ocular: Espontânea Pupila D Tamanho: Pupila E Tamanho:  
 Resposta verbal: Orientado Pupila D Reação: Pupila E Reação: Foco reativa  
 Resposta motora: Obedece comando  
 Total: 15

Evolução:

12H20 - ADMITIDO NESTE SETOR, PROCEDENTE DA RESERVA, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELÉTRICO EM JOELHO DIREITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMIPARÉTICO, EUPRICO, ÚLTIMA REFEIÇÃO ÀS 10H, REFERE ALTOGRA A ATB (NÃO SABE INFORMAR QUAL), AGUARDA DC, SEM QUESIÇAS.

Enfermagem  
 Eduardo Campos da Silva  
 CORETEL-18 490.047  
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 Conv.: SMILE SAÚDE Car.ão: 069716600  
 Mãe: LENICE RUYOMIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO XI LTDA  
 Hospital  
 Residência 637022  
 Data: 15/10/2019 19:00  
 Paciente: 0071232 EDUARDO CARPOS DA SILVA  
 Ed. Convênio: 065716500  
 Enfermagem: ESTILAR CAVALCANTE COSTA CORREIA S22048

Relatório de Enfermagem  
 Internamento: 0260232-15  
 Sexo: Masculino  
 Idade: 38  
 Qtd. Unidades Hospitalares: 01  
 Onde Unid/Via Hospitalar: 01  
 Horários/Observação

15/10/2019 16:55:52 Página: 1  
 Seleção: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01  
 Convênio: SMILE SAÚDE  
 Dt. nasc: 22/05/1981  
 Data Int: 14/10/2019 11:58:00

**Evolução:**

07H: RECEBO PACIENTE EM 1º DIA DE TRATAMENTO DE JOELHO, CONSEQUENTE, ORIENTADO, NORMATIZADO, XEROCOLORADO, EMBRULHO, AVERTIL, AVP + NV + ATB, ACZITA DISTA, SOMO E REPOUSO PRESERVADOS, DIURSEI ESPONTANEA PRESENTE. REFERE DORRÊNCIA EM M.D.  
 19H: SEQUE NOS CUIDADOS DA EQUIPE.

**Enfermagem**

**Enfermagem**

Estilmar Cavalcante Costa  
 COREM - PS S22048 - EHF

EDUARDO CARPOS DA SILVA  
 D. N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 REND: 0260232-15 14/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE SAÚDE Car: 130:065716500  
 MARILENICE ANTONIA DA SILVA



Hospital João Paulo II  
 Prescrição 616716  
 Relatório de Enfermagem  
 Data: 15/10/2019 03:34  
 Internamento: 0260212-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE EMERGENCIA 20/01  
 Paciente: 0071213 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 Convênio: SMILE SAÚDE  
 Sexo: Masculino Idade: 38  
 Cód. Convênio: 069716600 Dt. nasci: 22/05/1981  
 Enfermagem: SIMONI DE LIMA COSTA CORREIA Data Int: 14/10/2019 11:58:00  
 Ude: Unidade Hospitalar: Hospital/Observação

**Produção:**

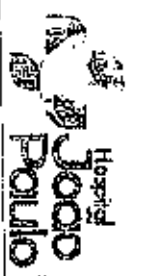
19:00 PCT EVOLUI EM EGR. ENCONTRA-SE NO 2º PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA.  
 01:15 - PCT RITOMIA DA BC. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUBOLITO, NORMOCÁRDICO, AFEFEL, EM MALA, COM AVP. CURATIVO CONGRESSIVO EM REGI DIREITO (JOELIND)  
 NÃO RELATOR QUEIXAS, SEME AOS CUIDADOS.  
 07:02 - PCT SEGUE SEM INTERCORRENCIAS, SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

**Enfermagem**

Enfermagem

Simoni de Lima Costa  
 Enfermeira  
 COSTA CORREIA

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 Atend: 0260212-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE SAÚDE Cód: 069716600  
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA  
 Prescrição 637254  
 Relatório de Enfermagem  
 Data: 15/10/2019 23:45  
 Incentivo: 0260212-19 Sexo: 2º AIDA ROSTO DE SNEERAGEM 26/01  
 Paciente: 001232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 Convênio: SMILE SAUDS  
 Sexo: Masculino Idade: 38  
 Convênio: 069716600  
 Convênio: SMILE SAUDS  
 Data Int: 14/10/2019 11:58:00  
 Enfermagem: SIMONE ROSE SILVA DE OLIVEIRA CARVAL CORREI 310491  
 Onde Unid/Via Horário Horário/observação

**Evolução:**

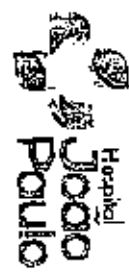
19:00 PACIENTE EM 1º DPO DEVIDO FRATURA DE JOELHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NOMEADO, MOROCORADO, EUPNEICO, AFERIL, AVP - IV + ATB, MEDICADO CEM, REFERE DOR LOCAL, BOA ALIMENTAÇÃO DA DIETA, SEM E REPOUSO PRESERVADOS, DIURSEK ESPONTANEA PRESENTE.  
 07:00 - SIGER AOS CUIDADOS DA ENFERM.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 Aland: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE SAUDE Convênio: 069716600  
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



**HOSPITAL JOÃO PAULO III LTDA**  
 Prescrição 637829  
 Data: 16/10/2019 23:26  
 Paciente: 001211 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 Sexo: Masculino  
 Cod. Convenio: 049716600  
 Informaçoes: SUELIS DE ALVARO ROSEIRO SILVA CORREI: 0755106

Relatório de Enfermagem  
 Interconsulta: 0460232-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01  
 Convênio: SMILE SAÚDE  
 Dt. nasc: 22/05/1981  
 Data Int: 16/10/2019 23:56:00

16/10/2019 23:52:52 Pág:na: 1

**Exatidão:**

19H - RECEBO PACIENTE EM 2º CFO DE FARTURA DE VÍTRIO, CONSISTENTE, ORIENTADO, NOMELETENSO, NOMECORRALMO, SUPRIBIO, AEREBIL, ANF - RV - ATB, ACERTH OIBTA, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, INIBIÇÃO ESPONTÂNEA PRESENTE, ENALCIAÇÕES NORMAIS.

20H - SAÍD DE ALTA HOSPITALAR NA COMPANHIA DE SUA ESPOSA E TÉCNICA DE ENFERMAGEM.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 O.N.: 22709/1981 Idade: 38 Sexo: M  
 Atend: 0250232-19 16/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE SAÚDE Car: (Id): 089716600  
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA  
 Rua: 15/10/2019 Encerramento: 0260232-19  
 Paciente: 0071332 EDUARDO CAMPOS DA SILVA Sexo: Masculino Idade: 36  
 Cód. convenio: 059716509 Médico atendimento: WANDERTE MYRNE BINO  
 Setor: 2º ANDAR POSTO DE EMERGENCIAS 20/01  
 Convenio: SMILE SAUDE  
 Data Int: 14/10/2019 11:58:00

SeqPreferência: ..... Onde Unid/Dia Horário: ..... Horários/observação: .....

Evolução: 15/10/2019 07:04 WANDERTE MYRNE BINO

13:33 RECEBO PACIENTE JA NO RC PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPEDICA.  
 DITO PACIENTE RETORNA DO B.C. SOB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEUCO, NORMOCARBUO, AFEERIU, EM MACA, COM AVP, CURATIVO COMPRESSIVO EM RN11  
 DIREITO (JORNHO)  
 SEX: QUEIXAS NO MOMENTO, SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE INFERRAGEM. PA:120X80MMHG.  
 06:00 ADM MEDICACAO CEM. PA:120X80MMHG  
 07:00 PCT SEQUE SEM INTERCORRENCIAS, SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Enfermagem ..... Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade: 36 Sexo: M  
 RIand: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE SAUDE Car: 059716509  
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA

W. Myrne Bino  
 Enfermagem  
 14/10/2019 11:58:00

HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA

Prescrição 637439

Data: 16/10/2019 11:23

Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Cod. Convênio: 069716600

Sexo: Masculino

Enfermagem: TRACTAR PORTES DE GIQUERITA CORREI: 000490047

Ordem: Valdivia Soriano

Relatório de Enfermagem

Internamento: 0260232-19

Idade: 38

Horários/observação

Sector: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01

Convênio: SMILE SAUDE

Dr. TASC: 23/05/1981

Data Int: 14/10/2019 11:58:00

Seq Prescrição

Evolução:

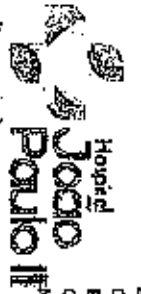
07H - RECEBO PACIENTE EM 2º DPO DE LESÃO DE JOELHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, MEMÓRIA, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFÉBRIL, COM AVP + PV + ATB, RESERE  
DINIÇÃO DE DOR LOCAL, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, BOA ACEITAÇÃO NA DIETA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS NORMAIS. AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.  
11H43 - PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS  
19H - APÓS AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR

Enfermagem

Enfermagem *[assinatura]*

Tractar Portes de Giquerita  
Correia  
Cristina da Silva  
CREFITO 470 947

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
Rend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
Conv: SMILE SAUDE Car: 10: 069716600  
Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOAO PAULO II LTDA  
Data: 14/10/2019  
Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
Cdd.convenio: 059716608  
Medico atendimento: CLEA DE FATIMA GOMES DA SILVA  
14/10/2019 18:30:15  
Setor: 2º ANDAR POSTO DE REFERENCIAS 20/91  
Convênio: SMILE SAUDE  
Dc. pasc: 22/05/1981  
Data Ine: 14/10/2019 11:58:00

Seg Proscrição

Cde Unid/Via Horario

Horários/observação

Evolução: 14/10/2019 12:45 CLEA DE FATIMA GOMES DA SILVA  
12:20 HRS PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR, PROCEDENTE DA RECEPCAO, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO ELIPTICO EM JOELMO DIREITO, CONSCIENTE,  
ORIENTADO, APERIÇO PA: 129 X 90 MMHg, SÉRISS ALERGIA A ATE NIÃO SABE INFORMAR QUALI, AGUADA BC, SEM QUEIXAS.  
13:30 HRS ENCAMINHADO AD E.C.

Enfermagem

Enfermagem

*C. Silva*  
18452703

EDUARDO CAMPOS DA SILVA Sexo: M  
D N.: 22/05/1981 Idade: 38 14/10/2019 11:58:00  
plend: 0250232-19 Val: 088716608  
Conv: SMILE SAUDE Carlos: 088716608  
Pasc: LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA

Prescrição 636784

Data: 15/10/2019 08:24

Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA

Cid. Convenio: 069716600

Sexo: Masculino

Idade: 38

Enfermagem: ANA PAULA SILVA DO NASCIMENTO COREN: 929610

Qtd: Unidades Horária

15/10/2019 17:48:33 Página: 1

Relatório de Enfermagem

Internamento: 0250232-19 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01

Convênio: SMILE SAÚDE

Dt. nasc: 22/05/1981

Data Inc: 14/10/2019 11:58:00

SeqPrescrição

Horários/observação

**Evlução:**

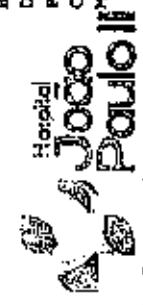
07:00 RECEBO PACIENTE EM 1 DPO DE FRATURA DE TIBIA + ENXERTO OSSEO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCARICO, AFEBRIL, COM AVP, CURATIVO COMPRESSIVO EM MMII DIREITO (GELHO)  
 NÃO RELATOU QUESIXAS, SEGUE AOS  
 09:00 ADMINISTRADO MEDICACAO.CPM.  
 11:00 ADMINISTRADO MEDICACAO.CPM.  
 12:00 INICIADO 2 FASE DE SORO + MEDICACAO.CPM .PA:120X80MMHG.  
 13:30 ADMINISTRADO MEDICACAO.CPM  
 14:00 ADMINISTRADO MEDICACAO + REALIZADO CURATIVO,COMPRESSA FRIA.CPM.  
 18:00 INICIADO 1 FASE DE SORO + MEDICACAO, COMPRESSA FRIA.CPM.PA:110X80MMHG.  
 19:00 PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Enfermagem

Enfermagem

Hospital  
 João Paulo II  
 Ana Paula Silva do Nascimento  
 Tec. Enfermagem  
 COREN 929610 Matr 363

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N. 22/05/1981 Idade 38 Sexo M  
 Rend 0250232-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv: SMILE SAÚDE Cartão: 069716600  
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA  
 Data: 15/10/2019  
 Paciente: EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 Cód. convênio: 064716600  
 Médico atendente: ENILENE GOMES DE VASCONCELOS

10/10/2019 04:51:20  
 Soter: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01  
 Convênio: SMILE SAUDE  
 Dr. Nasc: 22/05/1981  
 Data Int: 14/10/2019 11:58:00

Seq Prescrição: \_\_\_\_\_  
 Onde Unid Via Horário: \_\_\_\_\_  
 Motivos/Observação: \_\_\_\_\_

**Evolução: 15/10/2019 10:35 ENILENE GOMES DE VASCONCELOS**  
 19:00-RECEBI O PLANTÃO COM PACIENTE EM 1 DPO DE FRATURA DE TIBIA + ENKERTO  
 OSSEC. COMSUSCIENTE, ORIENTADO, ESCR. SUPLENTO, NUMEROCARDIOCCACIONTIO, NORMOCORAZO, APERI... COM AVP, CURATIVO COMPRESSIVO EM MMEL  
 DIREITO-JOELHO), ACEITANDO DIETA EFERENCIA, DIURSESE ESFONTANEA, SEME AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.  
 22:00-ADMINISTRADO MEDICAÇÃO EV, E REALIZADO COMPRESSA FRIA CPM.  
 23:20-PACIENTE REFERINDO DOR, INSTALADO MEDICAÇÃO CPM.  
 24:00-ADMINISTRADO MEDICAÇÃO EV, AFERIDO PA= 130 X 80 MMHG CPM.  
 02:00-REALIZADO COMPRESSA FRIA CPM.  
 06:00-ADMINISTRADO MEDICAÇÕES EV E VO, INSTALADO 2º FASE DE SONO, AFERIDO PA= 120 X 80 MMHG, REALIZADO COMPRESSA FRIA CPM.  
 07:00-PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Enfermagem \_\_\_\_\_  
 Enfermagem

*Handwritten signature and initials*

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 O N. 22/05/1981 Idada: 38 Sexo M  
 Atend: 0200232-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv SMILE SAUDE Curitiba:059716600  
 Mm. LENICE ANTONIA DA SILVA



HOSPITAL JOÃO PAULO LTDA  
 Hospital  
 Registro 636685  
 Data: 14/10/2019 21:59  
 Paciente: 0071312 EDUARDO CARLOS DA SILVA  
 Cod Convenio: 06971660 Sexo: Masculino  
 Médico: ARAO SAUTOS DE ALENCAR CRM: 7967

14/10/2019 21:12:16 Página: 1  
 Incentamento: 0260232-19 Serviço: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 20/01  
 Convênio: SMILE SAUDE  
 Data Insc: 27/05/1981  
 Data In: 14/10/2019 11:58:00  
 523641  
 52364

Representação: Queda Unid. via Hospitalio Nivel Hospitalio/observação

1 DIETA LIVRE CRITERIO A PARTIR DE 07:00H

| Item | Descrição  | Quantidade | Unidade | Data       | Observação |
|------|--|------------|---------|------------|------------|
| 2    | SOBO RINÇER C/ LACTATO 500ML SERT. P/30DIA         | 1          | BOLS EV | 12/12 H    | 3º         |
| 3    | NEFAZOL 1G AD                                      | 1          | EA      | EV 06/08 H | 2º         |
| 4    | HEFERONA 500MG/ML C/2ML AD                         | 1          | AP      | EV 06/06 H | 06         |
| 5    | TRIMETIL 200G FA AD                                | 1          | FA      | EV 12/12 H | 08         |
| 6    | NAUSEPRON 6MG C/ 2ML S.N. 1115P 0,9% 100ML         | 1          | AP      | EV 06/08 H | 3im        |
| 7    | PARAL 100MG/2ML S.N. 1115P 0,9% 100ML              | 1          | AP      | EV 12/12 H | 3im        |
| 8    | TEKXAR 40MG SER 0,4ML FAZER AS 11H DO DIA 15/10/19 | 1          | SIM     | EV 10/24 H | 11         |
| 9    | QUELADOS GERBAIS                                   |            |         |            | 20ml       |
| 10   | CONGRESSA FRIA                                     |            |         |            | 20ml       |
| 11   | COMIDA DE ALIVIO                                   |            |         |            | 5im        |

DRA. JANA MATEIRO AMESTHOLDSIA CRM-P 10245






Enfermeira

EDUARDO CARLOS DA SILVA  
 D.N. 2210611981 Idade 38 Sexo: M  
 Alcom: 0280232-19 14/10/2019 11:58:08  
 Conv SMILE SAUDE CARTÃO 069716605  
 DR. LENICE ANTONIA DA SILVA

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS

Processo: *Art.º Paulo II*      Data: *04 Maio*  
 Nome: *Campos Campos da Silva*  
 Nº: *74 10 2019*      Contato: *Smile*

| CODIGO | DESCRICAO DO MATERIAL                        | LOTE | QUANT.    |
|--------|--|------|-----------|
|        | <i>placa titanium desengata 4x17 7 furos</i> |      | <i>01</i> |
|        | <i>placa titanium desengata 4x17</i>         |      | <i>01</i> |
|        | <i>parafuso 4,5 cabeça n.º 48</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso 4,5 cabeça n.º 56</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>fos de titânio 1,5</i>                    |      | <i>03</i> |
|        | <i>fos de titânio 20</i>                     |      | <i>02</i> |
|        | <i>Enxerto osso em bloco n.º 8</i>           |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 24</i>            |      | <i>02</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 26</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 36</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 40</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 42</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 44</i>            |      | <i>01</i> |
|        | <i>Parafuso bloquim 50 n.º 50</i>            |      | <i>02</i> |

**OTIS** Substitut osseux / Bone substitute  
 Material: BIODORB (TCP 25% minimum purity)  
 **H8**      REF: P822365226      CE 0459  
 LOT: 161055  
 2021-03          
**SBM** 

*Art.º S. de Alencar*  
 Orlaprotista / EOT / Site  
 Cirurgião de Jooaze  
 CRM nº 197 / CRM-PE 23287

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D. N. 22/05/1981 Idade 38 Sexo M  
 REND 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
 CONV SMILE SAUDE Car. IAO 05971660C  
 MA LENICE ANTONIA DA SILVA

*Smile*







HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA  
 Prescrição 637721  
 Data: 16/10/2019 20:02  
 Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 Cód. Convenio: 06971600  
 Entovagem: MARIA NATALIA DA SILVA NASCIMENTO CORREIA: 497993

Relatório de Enfermagem  
 Intermédio: 0260212-19 Setor: 3º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 10/01  
 Convênio: SMILE SAÚDE  
 Dt. nasc: 22/05/1981  
 Idade: 36  
 Data Inc: 14/10/2019 11:58:00

**Evolução:**

19:00 HRS RECEBO PACIENTE EM 2º UBC DE CIRURGIA ORTOPEDICA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL + LESAO MENISCAL LATERAL + LESAO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR. EM EGR. CONSCIENTE, ORIENTADA, ACRITANCO A DIETA, BUBNEICO, APEREL, ACIANOTICO, ANICTERICO, EM E.V.P., SEM GUEIXAS NO MOMENTO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+ S/C).  
 SEQUE ACS CUIDADOS DA EQUIPE.  
 20:00 HRS RETIRADO AVF.  
 20:10 HRS PACIENTE SAI DE ALTA HOPITALAR C.P.M.

Enfermagem

Enfermagem

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade 36 Sexo M  
 R.I.: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv. SMILE SAÚDE Car. Inc 06971600  
 MIB: LENICE ANTONIA DA SILVA





~~DE GRADUATIS~~

~~DE GRADUATIS~~

~~DE GRADUATIS~~

~~PORTUGALIA~~  
03 10  
03.01.1910

~~61-80~~

~~DE GRADUATIS~~

~~04-10-19~~  
~~04-01-10~~

~~61-80~~

~~04-10-19~~  
~~04-01-10~~

AS 18-9-1910



Hospital

HISTÓRICO DE DOENÇAS

Doença crônica de 05 anos, com quadro clínico de dor abdominal, náusea, vômito, diarréia, perda de peso, febre, etc. Tratado com medicação adequada, com melhora parcial dos sintomas.

Uso de

Medicamentos: IR=1 A=2

Uso de

Uso de

Uso de

Uso de

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
D.N.: 22/05/1981 Idade: 39 Sexo: M  
Atend: 0250232-19 14/10/2019 11:00:00  
Conv: SMILE SAUDE Cartão: 069716800  
Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA

DRA. IANA MEDEIROS  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PB 10245

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
 D.N.: 22/05/1981 Idade 38 Sexo M  
 Rend 0280232-19 14/10/2019 11:58:00  
 Conv. SMILE SAUDE Cariac 089716600  
 Mãe: LENICE ANTONIA DA SILVA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_  
 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO BLOCO CIRÚRGICO-PREENCHIMENTO PELO COLABORADOR DAS UNIDADES DE INTERNAÇÕES

Peso: 89 kg Altura: 1.67 cm Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ PA: 120 x 80 mmHg

1. Apresenta-se em jejum (sem alimento ou água)?

SIM A partir do dia: 14/10/2019 às 12:00

8. Cirurgias anteriores

SIM - Quais? Data? \_\_\_\_\_

2. Retirou os adornos (anel, alianças, pulseiras, brincos, lentes de contato, piercing)?

SIM  NÃO - Solicitar que o cliente retire e orientá-lo a guardar junto aos seus pertences.

3. Data da última menstruação?

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Não se aplica

NÃO

Alguma cirurgia com uso de Prótese?

4. Cliente faz uso de prótese dentária?

Superior  Inferior - Solicitar que o cliente retire e orientá-lo a guardar junto aos seus pertences  Não se aplica

SIM - Quais? Data? \_\_\_\_\_

5. Está com pulseira de identificação?

SIM  NÃO - Solicitar a recepção que coloque a pulseira no cliente.

9. Administrado pré anestésico?

SIM Qual?: \_\_\_\_\_ cpm Horário: \_\_\_\_\_  NÃO

6. Está em uso de alguma medicação?

SIM - Quais? \_\_\_\_\_

10. Reserva de Hemoderivados?

SIM  NÃO  Não se aplica

11. Alergias a medicamentos, alimentos, produtos?

SIM Quais? Penicilina, clorofila, aspirina, etc.  
antibióticos, para não ter problemas de

NÃO

12. Lateralidade demarcada?

SIM  NÃO  Não se aplica

NÃO

7. Hábitos?

7.1 Fumante?  SIM - Há quantos dias/anos? \_\_\_\_\_  NÃO

7.2 Etílica?  SIM Há quantos dias/anos? \_\_\_\_\_  NÃO

Enfermeira/Tec. Enfermagem: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*





# HOSPITAL JOÃO PAULO

Rua Euripedes Tavares, 362 - João Pessoa  
CEP 58013-290 - João Pessoa, PB  
Fone/Fax: 2107-9800/2107-9801

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
D N 22/05/1981 Idade 38 Sexo M  
Atend 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
Conv SMILE SAÚDE Cartão 069716602  
Mãe LENICE ANTONIA DA SILVA

## MATERIAL E MEDICAMENTOS GASTOS NA SALA CENTRO CIRÚRGICO

Instituição de ensino + entidade assistencial

PACIENTE Eduardo Campos da Silva

CONVÊNIO Smile CIRURGIA Lesões Sacrocaudais de S1-S2-D12

CIRURGIÃO Dr. Grazi Celestini

AUXILIAR Dr. Sueli de Azevedo ANESTESISTA Dr. João Vinícius

ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADOR Luiziana

INÍCIO 19:55

TÉRMINO 23:00

| MEDICAMENTOS              | QUANTIDADE | MEDICAMENTOS              | QUANTIDADE | MATERIAIS                      | QUANTIDADE | MATERIAIS                   | QUANTIDADE | FIOS                        | QUANTIDADE | OUTROS        | QUANTIDADE |
|---------------------------|------------|---------------------------|------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|---------------|------------|
| Adrenalina                |            | Nilperidol                |            | Aguilha 13 x 4.5               | 01         | Scalp nº                    |            | Prolene 3 c/ ag             |            |               |            |
| Água destilada 10ml       | 05         | NovoBup 0.5 (2vial)       | 01         | Aguilha 2% x 7                 |            | Pulsarinha de identificação |            | Prolene 4 c/ ag             |            | 01 agulha     |            |
| Água destilada 1000ml     |            | NovoBup 0.5 (5vial)       |            | Adaptador pirâmico de aço      |            | Seringa 01ml                | 07         | Prolene 5 c/ ag             |            | de 18x0.50    |            |
| Amicacina                 |            | Nubim                     | 02 +       | Aguilha 40 x 7                 | 02         | Seringa 03ml                |            | Seda nº                     |            | e/ou nº       |            |
| Aminoflina inj            |            | Omeprazol 40mg amp        |            | Aguilha epidural               |            | Seringa 05ml                | 07         | Vycril 0 c/agulha           |            |               |            |
| Ampicilina 1g             |            | Oxitocina 5UI amp         |            | Aguilha 26 nº 26               | 07         | Seringa 10ml                | 03         | Vycril 1 c/agulha           | 05         | 01 kit de     |            |
| Atroquina                 |            | Pavulon/Pancuron          |            | Barbitol 10mg                  |            | Seringa 20ml                | 03         | Vycril 2-0 c/agulha         |            | estudo de     |            |
| Bzyl Patente              |            | Plasil                    |            | Capô de VDL                    |            | Seringa 60ml de bico        | 07         | Vycril 3-0 c/agulha         |            | 0.2 x 11/1    |            |
| Bicarbonato de sódio      |            | Prostigmina               |            | Clamp umbilical                |            | Seringa 60ml de ros.        |            | Vycril 4-0 c/agulha         |            |               |            |
| Brcanyl                   |            | Quelion                   |            | Compressas isométricas 5x5cm   | 20         | Sonda de aspiração nº       |            | GASES HOSPITALARES          |            | 0.4 Sfr. 10cm |            |
| Buscopan Simples          |            | Solucortel 500mg          |            | Cateter epidural               |            | Sonda gástrica              |            | Ar comprimido               |            |               |            |
| Buscopan Composto         |            | Sulfato de protamina      |            | Cateter nasal p/O              | 07         | Sonda de Foley              |            | Gás carbônico               |            | 06 atodina    |            |
| Cedilanid                 |            | Surgicel                  |            | Coletor de urina fechado       |            | Sonda uretral de vidro      |            | Oxigênio                    |            | 7.5cm         |            |
| Cefalotina 1g             |            | Tenaxican inj. 20mg       |            | Compressas de gaze (7.5x7.5cm) | 15         | Tampão vaginal              |            | Oxido nitroso               |            |               |            |
| Cefazolina 1g             | 07 + 02    | Tramal                    |            | Conexão 2 vias                 |            | Tomerinha (3 vias)          |            | Protóxido (N2O)             |            | 02 furoc 15   |            |
| Cindamir 1g               |            | Trasamin                  |            | Dreno de Penrose               |            | Tubo endotraqueal nº        |            | APARELHOS                   |            |               |            |
| Cloreto de potássio       |            | Profensid 100ml           | 07         | Dreno de sucção nº             |            | FIOS                        |            | Aspirador                   |            |               |            |
| Decaloni 4mg/Dexametasona | 01         | Voltaren sup              |            | Eletrodos rigal                | 05         | Algodão 0 s/ agulha         |            | Bisturi elétrico            |            |               |            |
| Dipirisa                  | 02         | Xilocaina 2% gelosa       |            | Equipo de irrigação VHC        |            | Algodão 0 c/ agulha         |            | Capnógrafo                  |            |               |            |
| Dobutamina                |            | Xilocaina 2% s/ vaso 5ml  |            | Equipo macrogotas              | 07         | Algodão 2-0 c/ agulha       |            | ECG contínuo                |            |               |            |
| Dopamina                  |            | Xilocaina 2% c/ vaso 20ml |            | Equipo microgotas              |            | Algodão 3-0 c/ agulha       |            | Equipamento p/ anestesia    |            |               |            |
| Oramox                    |            | Xilocaina 2% s/ vaso 20ml |            | Escova p/ assepsia             | 05         | Cromado 0 s/ ag             |            | Monitor cardíaco            |            |               |            |
| Etodina/Etofil            | 01         | <b>SORO</b>               |            | Esparadrapo                    |            | Cromado 0 c/ ag 3/8         |            | Monitor Cardio-respiratório |            |               |            |
| Energias/Thrometazina     |            | Soro fisiológico          |            | Extensor p/ bomba de seringa   |            | Cromado 1 c/ ag 3/8         |            | Oxímetro de pulso           |            |               |            |
| Flagyl inj                |            | Soro fisiológico 5mpeza   | 08         | Gorro desc                     | 08         | Cromado 1 c/ ag 1/2         |            | PANI                        |            |               |            |
| Forane/Isobutano          |            | Soro glicosado 5%         |            | Jelco nº 16                    |            | Cromado 2 s/ ag             |            | <b>SOLUÇÕES</b>             |            |               |            |
| Gentamicina 80mg          |            | Soro ringer clactato      | 04         | Jelco nº 18                    |            | Cromado 2 c/ ag 3/8         |            | Água oxigenada              |            |               |            |
| Glicose 50%               |            | Solução Glicona 1.5%      |            | Jelco nº 20                    | 07         | Simples 0 s/ ag             |            | Álcool 70%                  |            |               |            |
| Gluconato de cálcio 10%   |            | <b>ENTORPECENTES</b>      |            | Jelco nº 22                    |            | Simples 0 c/ ag 3/8         |            | Azul de metileno            |            |               |            |
| Hakolano                  |            | Clonidin                  |            | Jelco nº 24                    |            | Simples 2 c/ ag             |            | Clorexidina alcoólica       |            |               |            |
| Heparina 5000UI           |            | Diazepam                  |            | Lâmina de bisturi nº 11        |            | Simples 3 c/ ag             |            | Clorexidina degermante      |            |               |            |
| Hidantal                  |            | Dimorf 0.2mg              | 07         | Lâmina de bisturi nº 15        | 07         | Simples 4 c/ ag             |            | PVPI tintura                |            |               |            |
| Konakion                  |            | Dimorf 1mg                |            | Lâmina de bisturi nº 23        | 03         | Monocryl 3-0 c/agulha       |            | PVPI tópico                 |            |               |            |
| Ketamina                  |            | Dolosal                   |            | Liga Clip                      |            | Monocryl 4-0 c/agulha       |            | PVPI degermante             |            |               |            |
| Lincexal/Furazolidinil    |            | Dormonid 5mg              |            | Luva de procedimento           |            | Nylon 0 c/ ag               |            | Éter sulfúrico              |            |               |            |
| Lisax                     |            | Dormonid 15mg             | 07         | Luva esteril nº 6.5            |            | Nylon 2 c/ ag               | 02         | Formol 10%                  |            |               |            |
| Narcot                    |            | Fentanil                  | 07         | Luva esteril nº 7.0            | 07         | Nylon 3 c/ ag               | 04         | Vaselina líquida            |            |               |            |
| Pausedron                 | 07         | Gardenal                  |            | Luva esteril nº 7.5            | 06         | Nylon 4 c/ ag               | 07         |                             |            |               |            |
| Nebacetato pomada         |            | Propofol                  | 04         | Luva esteril nº 8.0            |            | Nylon 5 c/ ag               |            |                             |            |               |            |
| Neocaina 0.5 pesado       |            | Rapifen/Alfenta           |            | Luva esteril nº 8.5            | 03         | Nylon 6 c/ ag               |            |                             |            |               |            |
| Neocaina 0.5%             |            | Sevorane 100ml            |            | Máscara de sc                  | 07         | Prolene 0 c/ ag             |            |                             |            |               |            |
| Numbum                    |            | Ultiva                    |            | Sap. Proce (par)               | 08         | Prolene 2 c/ ag             |            |                             |            |               |            |

João Pessoa, 14 de 10 de 19

João Paulo Silva

Assistente de Enfermagem

STIMUPLEX A  
Agulha para anestesia de plexo

B. BRAUN

Laboratório B. Braun S.A.

Av. ...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

Valido por 2 anos apos a data de fabricacao

15  
LIFESAVER PLUS - 45 ARTROSCOPIA

\*LP45\*



Produto Estéril  
Produzido por LIFETEX INDUSTRIA E COMERCIO LTDA  
Resp Tec: Thiago Ribeiro de Oliveira  
Numero do Registro ANVISA: 80020790026  
Nea utilizar caso a embalagem esteja violada  
Industria Brasileira  
DATA DE FAB.: 28/06/2015  
10.267154

OTIS Substitut osseux / Bone substitute



A UTILISER AVEC UNE OSTEOSYNTHESE  
TO BE USED WITH AN OSTEOSYNTHESIS

OTIS Substitut osseux / Bone substitute

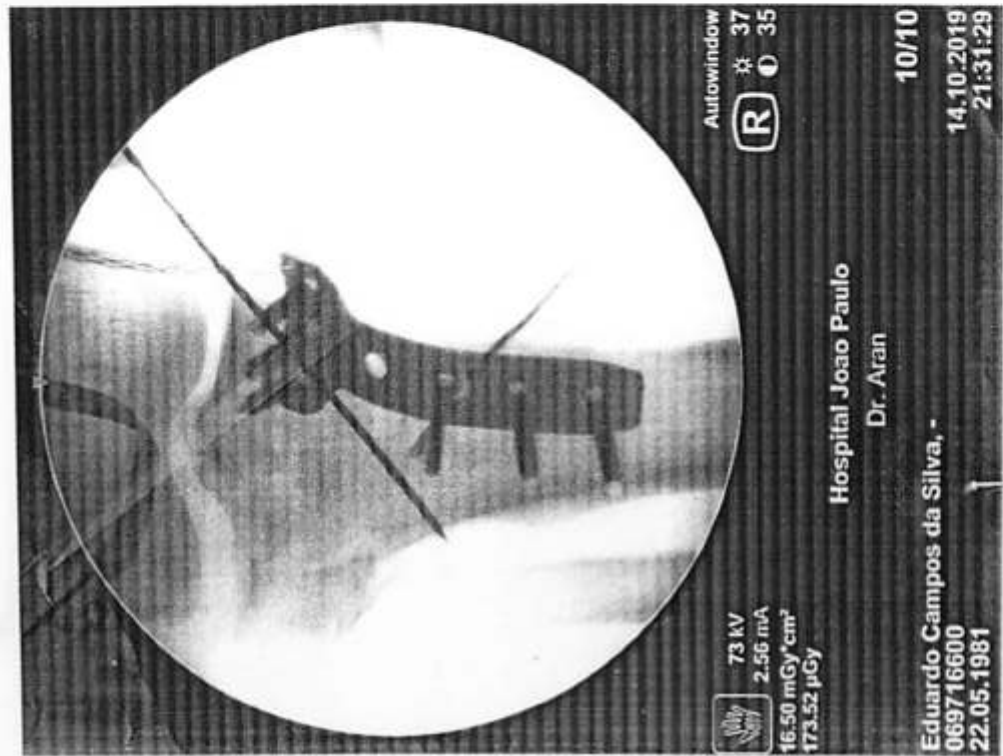


77 KV  
2.84 mA  
21.90 mGy\*cm²  
224.72 µGy

Autowindow  
R 38  
32

Hospital Joao Paulo  
Dr. Aran  
Eduardo Campos da Silva, -  
069716600  
22.05.1981

32/32  
14.10.2019  
23:23:06



Autowindow  
R 37  
35

73 KV  
2.56 mA  
16.50 mGy\*cm²  
173.52 µGy

Hospital Joao Paulo  
Dr. Aran  
Eduardo Campos da Silva, -  
069716600  
22.05.1981  
10/10  
14.10.2019  
21:31:29

HOSPITAL  
JOÃO PAULO II

HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA  
Data: 14/10/2019  
Paciente: 0071232 EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
Convênio: SMILE SAUDE  
Sexo: Masculino Idade: 38

Sector: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMIA  
Internamento: 0260232-19  
Cód. Convênio: 062716600  
Dt. nasc: 22/05/1981  
Data Int: 14/10/2019 11:58:00

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTÉSIA E BLOQUEIO  
ASÉPTICO + ANTISEPSIA  
REPOSICIONAMENTO E PASSAGEM DE CARROTE ESTÉRIL  
INCISÃO POSTEROMEDIAL DO JOELHO DIREITO  
ARTROSCÓPIA DO JOELHO  
VISUALIZADO FRATURA POSTEROMEDIAL E POSTERIOR COM CONTINUIDADE E CISALHAMENTO E LESÃO PARCIAL DE LIG. CRUZADO  
POSTERIOR  
REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA EM T E L BLOCUEADA ANTICISALHANTE + PARAFUSO CORTICAL E  
BLOCUEADOS  
INCISÃO ANTEROLATERAL  
FRATURA COM GRANDES FRAGMENTAÇÃO OSSA, APOFUNDAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E CISALHAMENTO LATERAL  
VISUALIZADA LESÃO MENISCAL LATERAL, SENDO REALIZADO REPARO MENISCAL  
OSTEOTOMIA DE FLATO LATERAL PARA VISUALIZAR APOFUNDAMENTO POSTERIOR  
LEVANTAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E FIXAÇÃO COM FIOS DE KC 1,5, 2 E 2,5  
COLOCAÇÃO DE ENXERTO OSSO ESTRUTURADO  
FIXAÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA EM L BLOCUEADA + PARAFUSO CORTICAL E PARAFUSOS BLOCUEADOS EM T E L  
E, REPOSICIONAMENTO DE IMAGENS  
LIMPEZA ADJUVANTE COM SF6,98  
REMOÇÃO DE CARROTE E HEMOSTASIA  
SUTURA DO PLASTE  
CURA E EXTENSÃO  
RADIOLÓGIA DE CONTROLE

ARAO S. de ALENCAR  
Otorrinolaringologista  
CRM-151081 / CMA-151081

14/10/2019 23:44:32 #5 Profissional: ARAO SANTOS DE ALENCAR

EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
D.N.: 22/05/1981 Idade: 38 Sexo: M  
Atend: 0260232-19 14/10/2019 11:58:00  
Conv: SMILE SAUDE Cartão: 062716600  
Má: LENICE ANTONIA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
EDUARDO CAMPOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / DNS. ENREG. Nº  
2498048 SSP PB

CITY DATA NASCIM. DATA NASCIM.  
040.611.384-05 22/05/1981

FEIÇÃO  
ENOCK CAMPOS DA SILVA  
LENICE ANTONIA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATIA

VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
06/04/2006

Nº REGISTRO

OBSERVAÇÕES

*Eduardo Campos da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EXPIRAÇÃO  
JOAO PESSOA, PB 20/10/2015

02164163451  
PB031514979

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169645281

PROBIBIDO PLASTIFICAR  
1169645281

PE Nº 01495708621 - TRATE SE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU VALETE DO SEGURO DPVAT  
COM INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES REAIS DE COBERTURA

WWW.Seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EXERCÍCIO  
2019 04/10/2019

1 130E3011450 Placa QEN49581/B8

01054621550 Placa HONDA/NXR150 BRDS ESDD

2016 Placa 9C2KDP0810GR455314

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) GENÉRICO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* P A S O

COTA DIVIDA PARCELAMENTO  PARCELADO DATA DE QUITACAO 27/09/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 00.248.609/0001-04

733758-1301315-20191004

NAI-2019

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 010946114 2019/00000000 2019

JEFFERSON DE ARAUJO SILVA

13053011450 PLACA QFM4958/PB

NOVO EB 9CEKDBR10GR459314

NOTOCICLBE/NAO APLIC C/ALCO/GR30L

MARCA/MODELO ONDA/NXR160 BROS ESDD

2 P/162 /CI PARTIC COH PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/COTAS 1º 2º 3º

EMO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) SEGURO P A G O 27/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

20796

JURIPIRANGA

04/10/2019 133768

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070870/20

**Vítima:** EDUARDO CAMPOS DA SILVA

**CPF:** 040.611.384-05

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 08/10/2019

**Titular do CPF:** EDUARDO CAMPOS DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDUARDO CAMPOS DA SILVA : 040.611.384-05**

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](http://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: 21/02/2020  
Nome: EDUARDO CAMPOS DA SILVA  
CPF: 040.611.384-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

EDUARDO CAMPOS DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA