



Número: **0800962-49.2020.8.15.0081**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Bananeiras**

Última distribuição : **25/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
BRENO DE MELO ALVES (AUTOR)	JOSE RUBENS DE MOURA FILHO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES registrado(a) civilmente como LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68888 418	09/02/2023 09:43	<a href="#">2879664_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros Documentos





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Bruno de Melo Alves  
 DATA DO ACIDENTE 30.07.2020 CPF DA VITIMA 096.436.344-50  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Bruno de Melo Alves  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARARENTESCO COM  
 A VITIMA É Bruno de Melo Alves  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Travençolo Filinto da Rocha  
 Nº Sul COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centro  
 CIDADE Bommeiras UF PB CEP 58220000  
 E-MAIL alvesbruno19@gmail.com TELEFONE (03) 993953933

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29.07.2020  
 IDENTIDADE 3667018  
 ASSINATURA Bruno de Melo Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274007 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRENO DE MELO ALVES **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA VERTEBRA CERVICAL - C2 (B.O.)  
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/8/9/10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215172/20  
**Vítima:** BRENO DE MELO ALVES  
**CPF:** 096.436.344-50  
**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/01/2020  
**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** BRENO DE MELO ALVES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### **BRENO DE MELO ALVES : 096.436.344-50**

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: 03/08/2020  
Nome: BRENO DE MELO ALVES  
CPF: 096.436.344-50

BRENO DE MELO ALVES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274007 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRENO DE MELO ALVES **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA VERTEBRA CERVICAL - C2 (B.O.)  
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE DO FEMUR(PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1/8/9/10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 015100007641  
EXERCÍCIO 2019

JOSE CARLOS LIMA DE OLIVEIRA

PLACA OFF2587/PB

NOVO 9C2KCI670CR569517

138/MOTOCLICLSS / MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST  
COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL  
ANO FAB 2012  
COR PREDOMINANTE PRETO

2 P/149 /CI PARTIC

COTA UNICA 00/00/0000  
VENC. COTA UNICA 1\*  
PARCELAMENTO / COTAS 2\*  
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0  
PREMIO TOTAL (R\$) 0  
DATA DE PAGAMENTO 25/09/2019

SEGURO P A G O

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

BANANEIRAS - PB LOCAL  
42234

26/09/2019

9598



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

PB Nº 015100007641 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT, 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 26/09/2019

PLACA OFF2587/EB

CHP / CNP

RENAVAM 9C2KCI670CR569517

ANO FAB 2012

PREMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O

DATA DE PAGAMENTO 25/09/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

9598-153

20190926



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **IRENO DE MELO ALVES**

DOC. ENTREGUE / ORG. EMISSOR DE: **3667028 DEP PB**

CPF: **096.436.344-50** DATA NASCIMENTO: **24/07/1989**

FUNCAO: **ANTONIO CANUTO ALVES**  
**MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES**

N° RENOVACAO: **02334791462** VIGENCIA: **06/04/2021** 1ª HABILITACAO: **24/10/2011**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Titular: *Antônio Canuto Alves*

LOCAL: **SOLANEA, PB** DATA EMISSAO: **18/04/2016**

87688610132  
 PB032374897

**OCTRAN - PB (PARAIBA)**  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
**1280601109**

PROXIMO PLASTIFICAR  
**1280601109**





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

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE n° 1219880 e PRONTUÁRIO n° 120822

PACIENTE: BRENO DE MELO ALVES

DATA DE NASCIMENTO: 24.07.89

Data e Hora do Atendimento: 31.01.20

Horário: 2:26h

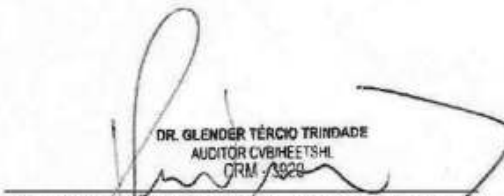
**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta trazido pelo SAMU apresentando quadro de cervicalgia, dor e deformidade no membro inferior direito. Atendido pelo Dr. Jorge José Sousa Pinto CRM 12278, Dr. Walter Luiz Bandeira CRM 3359, Dr. Lavoisier Feitosa Neto CRM 7030, Dr. Leonardo da Costa Almeida CRO 4550.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TCE + TRAUMA DE FACE + FRATURA BIPENDICULAR AO NÍVEL DE C<sub>2</sub> + FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR ESQUERDO CID 10 S 06 9, S 12 2 e S 72 1

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, da coluna lombosacra, Rx da bacia AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Ultrassonografia(FAST) e tratamento cirúrgico com colocação de tração transtibial no membro inferior direito, colocação de colar cervical e tratamento cirúrgico com osteossíntese de fratura subtrocantérica direita.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 09.02.20 às 9:58h.

Data da Emissão: 28.06.20

  
DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBMEETSHL  
CRM - 3920  
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM-3920

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





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



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governador do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1219880



Identificação do paciente						
ID 1481090	Nome BRENO DE MELO ALVES			Sexo Masculino		
Data de nascimento 24/07/1989	Idade 30 anos 6 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES			Pai ANTONIO CANUTO ALVES			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ANDRE SILVA - PRIMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 993291335	DDD		Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3667018	Nº Cns				
Local de procedência BANANEIRAS			Tipo MUNICIPIO	UF PB		
raç	Naturalidade BANANEIRAS	CBO/R				
Endereço						
CEP 58220000	Município de residência BANANEIRAS	UF PB	Logradouro ADJALMA EPITACIO SILVA			
Número 61	Complemento		Bairro CENTRO			
Admissão						
Data e Hora 31/01/2020 02:26:04	Número da pulseira 1000006822544	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco				Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos Paciente vítima de acido moto, trazido pelo carro, consciente, algo orientado, algo em MEB, pequena ag. conduta.</p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						Tempo 35seg

Imprimir





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:25:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30a 6m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993291335</b>
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>3359/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>31/01/2020 02:26:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>31/01/2020 05:38:29</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE ANATOMICA EM MID. EF: MID: RODADO EXTERNAMENTE E ENCURTADO. DOR A MOBILIZAÇÃO RX: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR DIREITO CD: JEJUM PARA REALIZAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM MID EM BLOCO CIRURGICO AGUARDO AVALIAÇÃO DA NEURO, C. BUCOMAXIL. RURGIA GERAL CIRURGIA GERAL. ALTA CIRURGIA. LIBERADO DA C. RURGIA PARA PROCEDIMENTO.

## Conduta

Em observação

*Walter Luiz B. Alves*  
CRM 3359  
Mat. 9080-5

Enfermeiro

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES  
(: 3359/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RENO DE MELO ALVES	1219880	31/01/2020 02:26:04	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
14/07/1989	30a 6m 7d	Masculino	(83) 993291335
MSe		CNS	Prontuário
MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES			
Endereço	Bairro	Município	UF
ADJALMA EPITACIO SILVA, 61	CENTRO	BANANEIRAS	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GUSTAVO FARIAS MENDONCA	6786/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
31/01/2020 02:26:04		31/01/2020 05:04:52	

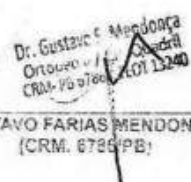
### ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE ANATOMICA EM MID. EF. MID. RODADO EXTERNAMENTE E ENCURTADO, DOR A MOBILIZAÇÃO RX: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR DIREITO CD: JEJUM PARA REALIZAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM MID EM BLOCO CIRURGICO AGUARDO AVALIAÇÃO DA NEURO. C. BUCOMAXILAR CIRURGIA GERAL

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9764  
GUSTAVO FARIAS MENDONÇA  
(CRM. 6786/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE 1219880	Data/Hora Entrada 31/01/2020 02:26:04	Data Baixa
Data de nascimento 24/07/1989	Idade 30a 6m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993291335
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>			Prontuário
Endereço ADJALMA EPITACIO SILVA, 61	Bairro CENTRO	Município BANANEIRAS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO	Nº Cons. Regional 7030/PB
Data/Hora Classificação 31/01/2020 02:26:04		Data/Hora Prescrição 31/01/2020 09:29:15	

## ANAMNESE

NEUROCIRURGIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO CERVICALGIA, FORÇA PRESERVADA N 04 MEMBROS. ENCONTRA-SE LÚCIDO, PIIR, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TEM TAMBÉM DOR E DEFORMIDADE ANATÔMICA EM MIC EF ORTOPEDICO: MID: RODADO EXTERNAMENTE E ENCURTADO, DOR A MOBILIZAÇÃO. RX: FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊM DREITO. TC DA COLUNA CERVICAL: FRATURA DE C2, SLITS 3 PONTOS, ANDERSON - D'ALONZO TIPO I. CD: COLAR CERVICAL. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. OBS. NEUROLÓGICA. LIBERO PARA TRACÃO PELA ORTOPEdia.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

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

Diluir

PARACETAMOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

## CUIDADOS

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA  
AFERIR PA E FC

## Conduta

Em observação

*Dr. Lavoisier Feitosa Neto*  
Neurocirurgião  
Neurologista Endovascular  
Neurofisiologista CRM-PB 7050

Enfermeiro

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO  
(CRM: 7030/PB)





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



*Santos Torres*  
**PARAÍBA**  
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE 1219880	Data/Hora Entrada 31/01/2020 02:26:04	Data Baixa
Data de nascimento 24/07/1989	Idade 30a 6m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993291335
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>			Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA</b>	Nº Cons. Regional <b>4550/PB</b>
Data/Hora Classificação 31/01/2020 02:26:04		Data/Hora Prescrição 31/01/2020 09:52:50	

### ANAMNESE

ÚLTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SIP. CONSCIENTE, ORIENTADO, NO MOMENTO. APRESENTANDO, EM FACE, FCC EM REGIÃO GLABELAR, AUSÊNCIA DE FRATURAS DO ESQUELETO FACIAL CD 1 - SÍNTESE DO FERIMENTO 2 - ALTA DA CTBMF COM ORIENTAÇÕES.

### Conduta

Em observação

*(Handwritten signature)*  
Dr. Leonardo Paiva  
Cirurgião Plástico Facial  
CRM-PB 4550

Enfermeiro

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
(: 4550/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30a 6m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993291335</b>
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>			Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA LANUSA LEITE VELOSO</b>	Nº Cons. Regional <b>11728/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>31/01/2020 02:26:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>31/01/2020 02:52:06</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 HORAS. TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO. RELATA QUE NÃO USAVA CAPACETE, COM TCE E PERDA DA CONSCIÊNCIA, AMNÉSIA, NEGA NÁUSEAS, VÔMITOS, CONVULSÃO E TONTURA. RELATA AINDA DOR CERVICAL, GRIA, DOR EM COLUNA LOMBO SACRA. APRESENTA ROTAÇÃO EXTERNA E ENCURTAMENTO DE MID. FCC EM DORSO LOMBO SACRAL. NÃO SABE RELATAR VIT RELATA USO DE GARDENAL NEGA ALERGIA AO EXAME: A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL TORÁXICA A PALPAÇÃO, MANTIDO COLAR CERVICAL B: EUPNEICO. SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. TORÁX DOLOROSO A PALPAÇÃO EM TRANSIÇÃO TORACO ABDOMINAL. SEM ENFISEMA/CREPTAÇÕES. C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. ABDOME SEMÍ GLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. FC: 89BPM D: ECG 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E: PRESENÇA DE FCC EM DORSO NASAL E HEMATOMA PERIORBITAL DIREITO, ENCURTAMENTO E ROTAÇÃO EXTERNA DE MID CD: 1. SOLICITO TC DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL 2. SOLICITO RX DE COLUNA LOMBO-SACRA, BACIA. COXA DIREITA, TORÁX E FAST 3. SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR, ORTOPEDIA E BMF

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF 0,9%)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
ULTRASSONOGRRAFIA - FAST  
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

## CID10

S80.0 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

## Conduta

Em observação

Dra. Olga Lanusa Leite Veloso  
MEDICA  
CR 11728

Enfermeiro

OLGA LANUSA LEITE VELOSO  
(CRM: 11728/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39



Nome <b>BRENO DE MELO ALVES</b>		Boletim de Atendimento <b>1219890</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>120822</b>
Tempo de Internação <b>7d 3h 6min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Internação <b>31/01/2020 09:59:13</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 10h 39min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 18h 17min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 07/02/2020 06:56:13)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

# ORTOPEDIA

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA FÊMUR D

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR  
DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR RODRIGO AMARALE DR ANDRIER

CDT: RX DE CONTROLE  
VPM

STAFF DR RODRIGO AMARAL

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

  
Dr. José Rogaciano Machado Couto  
Médico  
CRM: 10202/01  
CNS: 2593262



Nome <b>BRENO DE MELO ALVES</b>		Boletim de Atendimento <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data/Hora Saida
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>120822</b>
Tempo de Internação <b>22h 47min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Internação <b>31/01/2020 09:59:13</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 6h 20min</b>	Permanência no Leito: <b>22h 47min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 01/02/2020 08:46:23)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia

#fratura subtrocanterica de femur direito

#poi de tração transtibial em mid ( dr. gustavo )

paciente estavel, sem intercorrencias

cd: hemograma +rx de controle

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO - 009  
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

  
Dr. Milton da Silva Linhares  
Cirurgião - Trauma e Ortopedia

Número Conselho: 4714



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSHL

NOME: BRENO DE MELO ALVES BE/PRONTUÁRIO 1219880  
 IDADE: 52 SEXO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ DATA: 7/2/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: OSTEOSSINTESE DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO  
 CIRURGIÃO: DR RODRIGO AMARAL 1º ASS: DR ANDRIER  
 2º ASS: MR1 ROGACIANO 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: CAMILU  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSINTESE DE FRATURA SUBTROCANTERICA DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. J. Rogaciano  
 18/08/2020

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA                      \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA                              \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 7/2/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA							
Posição e Preparo:							
PACIENTE EM DDH EM MESA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA GERAL							
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA							
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS							
Incisão:							
INCISAO LATERAL DA COXA DIREITA(SUBVASTOLATERAL)							
DISSECCÃO POR PLANOS							
CUIDADOS DE HEMOSTASIA							
Achados:							
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO							
Condução:							
PASSAGEM DE FIO DE KC COM GUIA COM AUXILIO DE ESCOPIA							
FRESAGEM DE COLO DE FEMUR PARA PASSAGEM DE PARAFUSO DESLIZANTE N 75							
REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA							
FIXAÇÃO COM PLACA DCS CORTICAIS SOB AUXILIO DE ESCOPIA							
LIMPEZA COM SF 0,9%							
REVISÃO DE HEMOSTASIA							
SUTURA POR PLANOS;							
Fechamento:							
CURATIVOS ESTÉREIS							
RAIO-X DE CONTROLE							
Observação:							

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM: 1080000065034322  
15/05/2024

Médico/CRM:

João Pessoa,

7/2/2020



Nota de Sala Cirúrgica



**NOME DO PACIENTE** Breno de Melo Alves

**IDADE** 30 **DOB** 12/19/88 **PROFISSIONÁRIO** ENFERMARIA **LEITO**

**CIRURGIA** Trat. de femur sub. Direita

**CIRURGIÃO** Rodrigo Aux. Mendes

**ANESTESIA** roque

**ANESTESISTA** Fabricio

**INSTRUMENTADOR** Jessica TOP

**DATA** 07/20 **TEMPO CIRURGICO** **ANESTESIA INICIO** **FIM** **CIRURGIA INICIO** 9:00 **FIM** 12:30

**ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)**  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

**GRAU DE CONTAMINAÇÃO** ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	1 SF	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1 SR	JELCO Nº22		FIO DE AÇÓN	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇÓN	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2-0
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	X	LÂMINA BISTURI Nº11	
LENTANILA		PVPi DEGERMANTE	X	LÂMINA BISTURI Nº15	
FLUMAZENIL		PVPi TETURA	X	LÂMINA BISTURI Nº23	1
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO	X	LÂMINA BISTURI Nº24	1
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X07	1	LUVAS ESTÉRIL Nº7,0	
MORFINA		AGULHA 25X08	1	LUVAS ESTÉRIL Nº7,5	
MBAMBUM		AGULHA 40X12	1	LUVAS ESTÉRIL Nº8,0	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº16		LUVAS ESTÉRIL Nº8,5	
PIPIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº17		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
PROPÓFOL		AGULHA PERIDURAL Nº18		MÚLTIPLOS	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº210	1	PERFURADOR DE SORO	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº250		SCALP Nº19	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SCALP Nº21	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 3ML	1
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA	1	SERINGA 5ML	1
		BOLSAS FI COLOSTOMIA		SERINGA 10ML	1
ADRENALINA		CÂNULA FI TRAQUEOSTOMIA Nº		SERINGA 20ML	1
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ATROPINA		CATETER EMBOLESC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
DIPYRONA SÓDICA		CERA PARA OSO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
EPIEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1000	SONDA NASOG. CURTA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA NASOG. LONGA	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE		SONDA URETRAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TORNEIRINHA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASINTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		FLACA	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi	1	FLACA	
TENGIXCAN		ESPARADRAPO		EQUIPAMENTOS	
		GAZES	1000	( ) ASPIRADOR	
		GEI ELETROLÍTICO		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		JELCO Nº14		( ) CAPNÓGRAFO	
		JELCO Nº16		( ) CARDIOMONITOR	
				( ) DESFIBRILADOR	
				( ) FOCO AUXILIAR	
				( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) MONITOR DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA UNO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	

**Placa DC5** 01

**Paraf. esponj. 6S-001**

**Paraf. cur.** N. 32 02

N. 34 01

N. 36 01

**Paraf. Desliz. + espuma N. 75-001**

*Rosmelio*

07/20/136





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: BRENO DE MELO ALVES BE/PRONTUÁRIO 1219880  
 30 SEXO: m COR: \_\_\_\_\_ DATA: 31/1/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO  
 CIRURGIÃO: DR GUSTAVO 1º ASS: MR1 JANSEN  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO		CID
FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CODIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM MID		

CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  
 DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 31/1/2020

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO  
 Dr. Jansen - 1219880  
 MR. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PR 12198



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: <b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
Incisão:
Achados: <b>FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO</b>

Condução: <b>PASSAGEM DE FIO DE K TAM. 4.5</b>
<b>CUIDADOS COM A HEMSTASIA</b>
<b>CURATIVOS ESTEREIS</b>
Fechamento:
<b>RX CONTROLE</b>
<b>7 KG NA TRACÇÃO</b>
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Jansen Henriques  
CRM 1132

João Pessoa,

31/1/2020



Emergência FICHA DE ANESTESIA DATA: 31/01/20 PRONTUÁRIO: 6

PACIENTE: Lucas de Melo Alves SEXO:    COR:    IDADE:   

PRESSÃO ARTERIAL ( ) PULSO ( ) RESPIRAÇÃO ( ) TEMPERATURA PESO ( ) GRUPO SANGÜÍNEO ( )

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( )

CXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE HORA ESTADO FI

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Emergência Fratura de tíbia

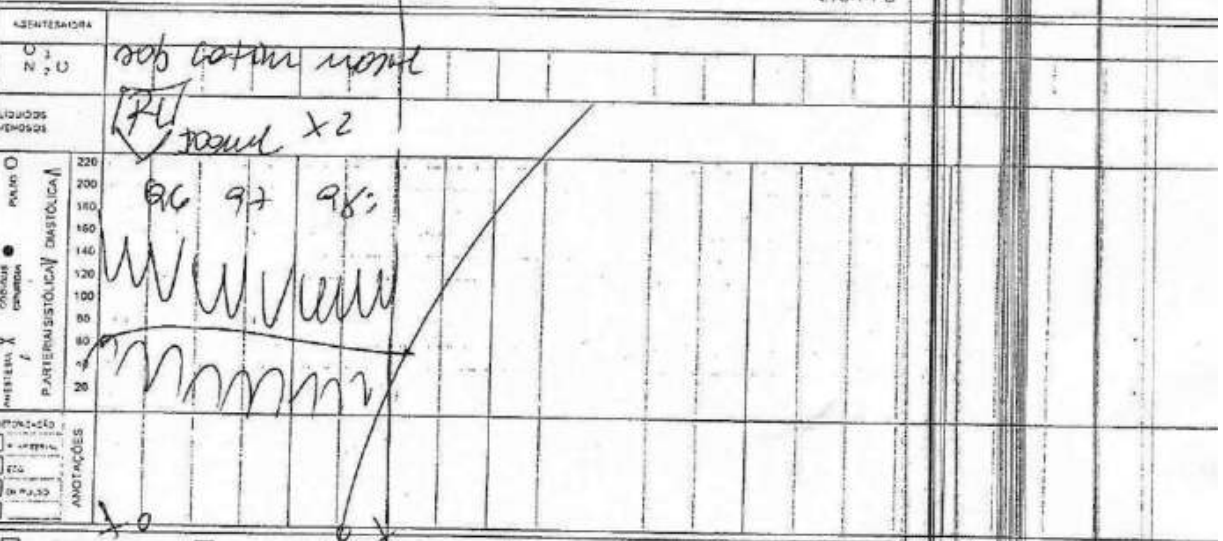
CIRURGIA REALIZADA fratura

CIRURGIÃO AUXILIARES   

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RES

ANESTESISTA CPF CRM-PB



ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

USUÁRIOS

GLICOSE 1 Propofol 100mg 11

MGCL 2 fentane. 100mg 12

SANGUE 3 13

FRIGER 4 14

TOTAL 5 15

DESTINO DO PACIENTE

APT+  ENFERMARIA 7 17

UTI  RESIDÊNCIA 8 18

OUTROS 9 19

10 20

Em uso de gáudio

Sedação monitorada G + O

Dr. Cláudio Ventura  
Médico Anestesiologista  
CRM: 9136 RQE: 6266  
SBA: 22.444



Nota de Sala Cirúrgica

HEF USH

NOME DO PACIENTE **Breno de Melo Alves**

IDADE: **30** BE. **1219880** TURNO: **DIUTURNO** ENFERMARIA: **LEITO**

CIRURGIA: **Troca Transilial em HI.D**

CIRURGIÃO: **Dr. Gustavo** PAIX: **Dr. Jansen RL**

ANESTESIA: **Sedação**

ANESTESISTA: **Dr. Claudio Ventura**

INSTRUMENTADOR:

DATA: **31/01/2020** HORA INÍCIO: **12:00** HORA TÉRMINO: **12:38**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACIONES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANIL		JELCO Nº11		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	<b>S. R. L 500</b>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	<b>S. F. 500ml</b>	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA	<b>na mesa</b>	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETÓMIDATO		SOLUÇÕES		FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		ALCOOL ESTÉRIL 70%	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11
FENTANIL		PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº15
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº13
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		LÂMINA BISTURI Nº24
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE DERMATOMO
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR
LIDOCAÍNA S/ VASO	<b>27</b>	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,0
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº7,5
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,0
NTMELIM		AGULHA PERIDURAL Nº16		LUVA ESTÉRIL Nº8,5
PANCRULÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MÁSCARA CIRÚRGICA
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		MATERIAL ESPECIAL
PROPÓRFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		MULTIPLAS
RAMFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G		PERFORADOR DE SORO
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SCALP Nº19
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SCALP Nº21
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 3ML
TROPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 5ML
				SERINGA 10ML
				SERINGA 20ML
MEDICACIONES	QTD.	BOLSA IV COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8
ADRENALINA		CÂNULA IV TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
ÁGUA DESSALADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
DIPTRONA SÓDICA		CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)
PROSTIGMONTE		EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		
TENOXICAN		ESPARADRAPO		
		GAZES		
		GAZES ALGODOADAS		
		GEL ELETROLÍTICO		
		JELCO Nº14		
		JELCO Nº16		
		<b>Garro Guset</b>		
		<b>Pro - pé Dis</b>		

CIRCULANTE

Rosângela Nunes  
COREN 100.172-TE





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 052355.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 052355.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 21:59 min do dia 27/07/2020, na Delegacia Online, **BRENO DE MELO ALVES**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Servente de Pedreiro, natural de Solânea, nascido(a) em 24/07/1989, idade 31, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES e ANTÔNIO CANUTO ALVES, CPF 096.436.344-50, residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Felinto da Rocha, bairro Centro, na cidade de Bananeiras/PB. CEP: 58220000, telefone(s) 83993953933, registrou o seguinte:

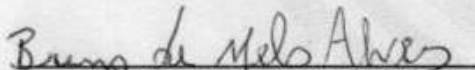
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 30/01/2020 23:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Próximo ao Distrito de Tabuleiro, Distrito Tabuleiro, Bananeiras/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

No dia 30 de janeiro de 2020 às 23:00, o notificante estava guiando a moto HONDA\ CG 150 FAN ESI, 2012/2012, placa OFF-2587/PB, cor preta, chassi 9C2KC1670CR569517, em nome de JOSÉ CARLOS LIMA DE OLIVEIRA, quando se dirigia para a cidade de Bananeiras-PB sobrou em uma curva próximo ao distrito Tabuleiro, que em razão do acidente de moto foi encaminhado pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Humberto Lucena em João Pessoa- PB, onde foi constatado TC+ trauma de face +fratura bipendicular de c2+fratura subtrocanterica do fêmur esquerdo CID 10 S06, S 12 2 e S72 1, que se submeteu a cirurgia, conforme laudo médio assinado por GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE CRM 3920.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

  
BRENO DE MELO ALVES

7AAE0E6BB6F3038E75AB3E88B673367B

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 096.436.344-50 4 - Nome completo da vítima: Breno de Melo Alves

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

5 - Nome completo: Breno de Melo Alves 6 - CPF: 096.436.344-50  
7 - Profissão: servente 8 - Endereço: Rua transversa penhete da Rocha 51 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bananeiras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58220000  
15 - E-mail: alvesBreno819@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 83.793953933

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUpanÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 00015722 7  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  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, Bananeiras 29.07.2020

Breno de Melo Alves  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





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

**Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200274007**

**Vítima: BRENO DE MELO ALVES**

**Data do Acidente: 30/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRENO DE MELO ALVES**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **BRENO DE MELO ALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000038**

Conta: **0000015722-7**

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

Pag. 01981/01982 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020991

