



Número: **0800346-76.2018.8.15.0491**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO VIEIRA DA SILVA (AUTOR)		OSMANDO FORMIGA NEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49584886	06/10/2021 11:47	Petição	Petição
49584888	06/10/2021 11:47	2562614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
49584889	06/10/2021 11:47	2562614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
49584890	06/10/2021 11:47	2562614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

ANEXO





Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061436

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00231/00232 - carta_01





Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11064069

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285329 ASL-0194791/17
Vitima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01703/01704 - carta_03

00090852



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11535547

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11583971

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005786-0

Conta: 000000760354-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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
---	-----	----------

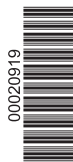
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01837/01838 - carta_15R



00020919



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Orlando Vieira da Silva
PORTADORA(A) DO RG Nº 20.897.186-5 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 09/08/1988
CPF 095389318-12 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO carreirista
E RENDA MENSAL DE R\$ carreirista (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Orlando Vieira da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5786-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0760354-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Capinzal, 16 de abril de 2017 Orlando Vieira da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguredotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 213/2017

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 07/02/2017 HORÁRIO: 06:40min. Aproximadamente

Data de notícia do fato a Depol: 18.04.2017

PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA, brasileiro(a), natural de Uiraúna/PB, casado, agricultor, com 50 anos de idade, nascido(a) em 25.09.1966, CPF 095.384.318-12, RG 20.897.186-5 SSP/SP, filho de Joaquim Vieira da Silva e Isabel Josefa de Jesus, residente na rodovia BR 230, sn° - Sítio Bela Vista - zona Rural de Uirauna - PB.

VÍTIMA: o próprio declarante.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientifica do (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que, na data de 07.02.2017, por volta das 06h40, aproximadamente, encontrava-se conduzindo o veículo tipo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESD, PLACA OEU4282/PB, CHASSI 9C2JC4160FR102336, RENAVAL 0104094820-8, matriculada em nome de JOALISON JUNIOR DA SILVA, quando trafegava na rodovia BR 434, na altura do Sítio Carcara - zona Rural de Poço Dantas -PB, quando inesperadamente um animal, tipo VACA invadiu a rodovia, vindo o declarante a colidir com o referido animal; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC; QUE o declarante sofreu **POLITRAUMATISMO, FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA NA OMOPLATA DIREITA, DUAS FRATURAS NA COSTELA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI TRANSFERIDO ANTONIO TARGINO, NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE - PB.** Por este motivo procurou a delegacia para registrar ocorrência. QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Seguindo determinação da portaria n° 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 18 de ABRIL de 2017.

[Assinatura manuscrita]

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Francisco Jose L. de Lira

Mat. 157.335-8

[Assinatura manuscrita]
Elisângela M. Dantas
Escriva de Polícia
Mat. 155.744-0

COLEGAR
DIREITO

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Genaldo Vieira da Silva,
portador da carteira de identidade nº 20.897.386-5 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 095.384.318-12, residente e domiciliado no
(a) Rod. BR 230, SN, Bela Vista, Cidade
Uranaia, Estado Paraná, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

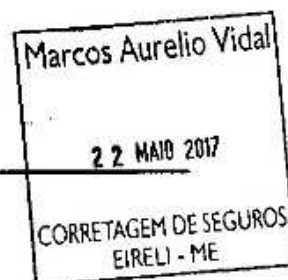
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Genaldo Vieira da Silva

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Uranaia - PB 26/04/2017.

Local e data



DPVAT (Lei nº 6.047/74) uma vez que
Médico Legal - IML para os fins de levantamento de identificação do Seguro
penas da lei que estão impossibilitados de apresentar o laudo do Instituto
Estado de São Paulo

(b) _____ Cidade
CPF/MF sob o nº _____
residência e domicílio no _____
ou inscritos em _____

1 X () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência. ou

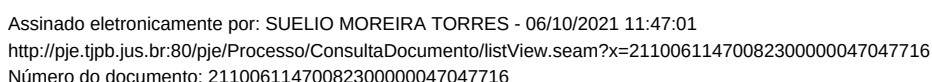
asilar ubiser eap ma oipannuM on obasilepol JMI ob otnemicelebiez O ()
 .obideq ovitocsear ob asib (stinevon) 00 s tonequz oxtaq mcoq asineq

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por meio de uma visita domiciliar, solicito a Vossa Senhoria a emissão de uma autorização para que eu possa comparecer ao local onde se encontra o veículo automotor de minha propriedade, para que eu possa apresentar a documentação necessária para a análise da minha documentação e a emissão do respectivo laudo de avaliação.

המחשבה הזו היא שגויה. אין שום סיבה להניח שיש קשר בין שני הדברים. הסיבה היא שיש הרבה דברים שיש להם קשר, אבל הם לא קשורים זה לזה. למשל, יש הרבה דברים שיש להם קשר, אבל הם לא קשורים זה לזה. למשל, יש הרבה דברים שיש להם קשר, אבל הם לא קשורים זה לזה.

(continued from page 10)

1979





SUS		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
Nome: <u>ROSALBA GILBERTA DE OLIVEIRA</u> CPF: <u>034.456.789-01</u> Município: <u>CAMPINA</u> Estado: <u>PARAIBA</u> UF: <u>PB</u> Tipo de Atendimento: <u>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA</u> Nome: <u>GERALDO VIEIRA DA SILVA</u> Profissão: <u>SEM INFORMAÇÃO</u> RG: <u>24.847.159</u> Idade: <u>80 anos</u> Matrícula de Saúde: <u></u> Data de Nascimento: <u>07/02/2017</u> Sexo: <u>M</u> Endereço: <u>ALTO BELA VISTA</u> Bairro: <u>ALTO BELA VISTA</u> Município-UF: <u>CEP: 58.000-000</u> URBANIZAÇÃO: <u>58.000-000</u> Teléfono para contato: <u>(51) 3081-1003</u> Data e Hora: <u>07/02/2017</u> Hora: <u>13:50</u> Qualificação Profissional: <u></u>		1. <u>Ata de</u> MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS 2. <u>S.F. 456-0000-00</u> 3. <u>Verificar se tem - 00-00-00</u> 4. <u>Ata de</u>	
Exames realizados na unidade: (TPOs) <u>Exames realizados em 07/02/2017</u> <u>Exames realizados em 07/02/2017</u> RESULTADOS		5. <u>Ata de</u> 6. <u>Ata de</u> 7. <u>Ata de</u> 8. <u>Ata de</u> 9. <u>Ata de</u> 10. <u>Ata de</u> 11. <u>Ata de</u> 12. <u>Ata de</u> 13. <u>Ata de</u> 14. <u>Ata de</u> 15. <u>Ata de</u> 16. <u>Ata de</u> 17. <u>Ata de</u> 18. <u>Ata de</u> 19. <u>Ata de</u> 20. <u>Ata de</u> 21. <u>Ata de</u> 22. <u>Ata de</u> 23. <u>Ata de</u> 24. <u>Ata de</u> 25. <u>Ata de</u> 26. <u>Ata de</u> 27. <u>Ata de</u> 28. <u>Ata de</u> 29. <u>Ata de</u> 30. <u>Ata de</u> 31. <u>Ata de</u> 32. <u>Ata de</u> 33. <u>Ata de</u> 34. <u>Ata de</u> 35. <u>Ata de</u> 36. <u>Ata de</u> 37. <u>Ata de</u> 38. <u>Ata de</u> 39. <u>Ata de</u> 40. <u>Ata de</u> 41. <u>Ata de</u> 42. <u>Ata de</u> 43. <u>Ata de</u> 44. <u>Ata de</u> 45. <u>Ata de</u> 46. <u>Ata de</u> 47. <u>Ata de</u> 48. <u>Ata de</u> 49. <u>Ata de</u> 50. <u>Ata de</u> 51. <u>Ata de</u> 52. <u>Ata de</u> 53. <u>Ata de</u> 54. <u>Ata de</u> 55. <u>Ata de</u> 56. <u>Ata de</u> 57. <u>Ata de</u> 58. <u>Ata de</u> 59. <u>Ata de</u> 60. <u>Ata de</u> 61. <u>Ata de</u> 62. <u>Ata de</u> 63. <u>Ata de</u> 64. <u>Ata de</u> 65. <u>Ata de</u> 66. <u>Ata de</u> 67. <u>Ata de</u> 68. <u>Ata de</u> 69. <u>Ata de</u> 70. <u>Ata de</u> 71. <u>Ata de</u> 72. <u>Ata de</u> 73. <u>Ata de</u> 74. <u>Ata de</u> 75. <u>Ata de</u> 76. <u>Ata de</u> 77. <u>Ata de</u> 78. <u>Ata de</u> 79. <u>Ata de</u> 80. <u>Ata de</u> 81. <u>Ata de</u> 82. <u>Ata de</u> 83. <u>Ata de</u> 84. <u>Ata de</u> 85. <u>Ata de</u> 86. <u>Ata de</u> 87. <u>Ata de</u> 88. <u>Ata de</u> 89. <u>Ata de</u> 90. <u>Ata de</u> 91. <u>Ata de</u> 92. <u>Ata de</u> 93. <u>Ata de</u> 94. <u>Ata de</u> 95. <u>Ata de</u> 96. <u>Ata de</u> 97. <u>Ata de</u> 98. <u>Ata de</u> 99. <u>Ata de</u> 100. <u>Ata de</u>	

7-AGO-2017

MATERIAL UTILIZADO

Sono fiducioso, diprendo ogni cosa da me.

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico

☐ Serviço de Maior Complexidade

☐ Transferência Simples

☐ Outro

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

RESPONSÁVEL:

2008-09-01

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☐ APÓS ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ RECUSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO
☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS:

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uirapuru-PB, nessa oportunidade.

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: V. Oliveira Mat: _____
 Enfermeiro(a): V. Oliveira Mat: _____
 COREN: 44.088
 Rec. de Enfermagem: J. Aguiar Mat: _____
 COREN: _____
 Conductor Sicoafista: M. S. S. S. Mat: _____

Conductor Socomila: YN2Xcrsh

Mat...

CORRETAGEM DE SEGUROS

[illegible]

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

GNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

[illegible]

परिचयः

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2021 11:47:01

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21100611470082300000047047716>

Número do documento: 21100611470082300000047047716

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 001/2021

EMPRESA: [Nome da Empresa] - CNPJ: [Número do CNPJ]

EMPRESA: [Nome da Empresa]

Valor da proposta: R\$ [Valor]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]



Comprovante de residência



00300903



CTC RECIFE PE JPA PL11
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900-000 CAJAZEIRAS PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99415 5835	de 02/08/2016 a 01/09/2016	28/09/2016	R\$ 34,99

Valor pago na última conta: R\$ 72,20

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		
Bonus internet controle 400MB	R\$	0,00
Assinatura Controle	R\$	34,99
Total do Mês	R\$	34,99

Total a Pagar

R\$ 34,99

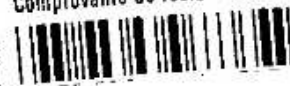
Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Comprovante de residência

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Generaldo Vieira da Silva, RG nº 20.897.186-5, data de expedição 09/08/1988, Órgão SSP/SP,

CPF nº 095.384.318-12, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

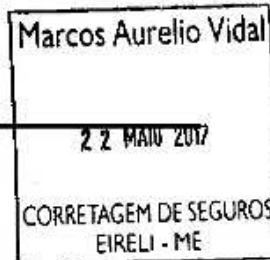
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua BR 230</u>
Número	<u>5N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Uirauna</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58915000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813.12.66 / 99415.58.35</u>
E-mail	<u>verasdpvatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Uirauna - PB 26/04/2017.

Generaldo Vieira da Silva

Assinatura do Declarante



ELICELMA ALEXANDRE DA SILVA
R. O. 272, SN. - BELA VISTA
URUAIA/PA CEP: 58915000 (AG: 177)

Classificação: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MONOFÁSICO
Ratário: 7 - 208 - 880 - 3200
Nº medidor: 00001122040
Referência: Mar / 2017
Emissão: 14/03/2017

energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PA - CEP 58071-680
CNPJ 09.005.182/0001-40 - Ins. Est. 18.015.023-0

Módulo Fica/Conta de Energia Elétrica nº 0000486329
Código para Distribuição Automática: 00007007972

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

5/200767-2

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

14/03/2017

Data prevista da próxima leitura

11/04/2017

CPF/CNPJ/RANI

4328420401

Faturas em atraso

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data	Letura	Data	Letura			
08/02/17	20580	14/03/17	20700			

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 100 kWh-BR	30	0,14223	4,44
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,25411	17,79
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	80	0,38118	34,30
Adc. B. Amarela			0,87
Subsídio			27,55
ICMS			34,00
PIS			1,88
COFINS			7,87

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA
JUROS DE MORA 01/2017
JUROS DE MORA 02/2017
MULTA 01/2017
MULTA 02/2017
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2017
Descontos Substituição

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Fev/17	135
Jan/17	145
Dez/16	145
Nov/16	159
Out/16	143
Set/16	158
Ago/16	162
Jul/16	218
Jun/16	265
Mai/16	208
Abr/16	180
Mar/16	242

Média dos últimos meses

180

VENCIMENTO
21/03/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 107,68

4b87.35f8.e621.c0f6.d508.d726.cca5.932a

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Unidade

Índices da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC-MENSAL	8,47	
DIC-TRIMESTRAL	12,89	
DIC-ANUAL	25,85	
FC-MENSAL	3,42	
FC-TRIMESTRAL	8,85	
FC-ANUAL	13,20	
DNOC	3,80	
DNOC	12,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	20,89	19,40
Correção de Energia	20,85	25,83
Serviços de Transmissão	1,44	1,34
Encargos Sociais	0,21	0,20
Impostos Diretos e Encargos	50,19	48,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	107,68	100,00

Valor de EUSD (Rat. 1/2017) R\$ 20,27

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Banda Renda, tendo um desconto de R\$27,85

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Geraldo Vieira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidade da vítima Geraldo Vieira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: revisor Renda Mensal: R\$ revisor

Documentos comprobatórios: nao possui

Mauricio Macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Marcos Aurelio Vidal 22 MAIO 2017 CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME
--





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

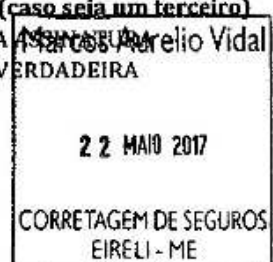
Eu, Joalison Junior da Silva
 portador do RG: 503093054, data de expedição 13 / 06 / 2016
 órgão expedidor SSP / PB, CPF: 131041.1163.1034-147
 com domicílio na cidade de Uiraúna, no estado de Pernambuco
 onde resido na Sítio Bela Vista
 número SN, complemento Zona Rural.
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, Geraldo Vieira da Silva
 cujo condutor era Geraldo Vieira da Silva
 VEÍCULO: PAS / MOTOCICLETA
 ANO: 2014
 MODELO: MONDA / CG 125 FAN ESD
 PLACAS: OE04282 / PB
 CHASSI: 9C2JC4160FR102336
 DATA DO ACIDENTE: 07 / 02 / 2017

Carpazanas - PB 03/05/2017
 Local e Data



Joalison Junior da Silva
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Geraldo Vieira da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA





PREFEITURA DE UIRAUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: 01 DATA: 07/02/17 VIATURA: USA ☒ USB ☐ CRM: 0710217

INDICAÇÃO REGULADORIA(DIA): Dr. David / Dr. Gêlle

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Salto Branco

BAIRRO: Salto Branco CIDADE: Salto Branco ESTADO: PR

PONTO DE REFERÊNCIA: zona urbana

PACIENTE USUÁRIO: aparelho veia

SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM. IDADE: 50 SOLICITANTE: 50

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ IML ☐ OUTRO

AValiação PRIMária

VIAS AÉREAS

☐ PÉRIAS ☐ RESPIR. RUÍDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL

VENTILAÇÃO

☒ EXPANSIBILIDADE ☐ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DOMÍNIO ☐ AUSENTE ☐ HIPERTENSÃO ☐ INADEQUADO

CIRCULAÇÃO

☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ CHEIRO ☐ RÍTMICO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERIÚRSO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE

AVAL. NEUROLÓGICA

☐ RINORRAGIA ☐ OTORRAGIA ☐ OTORRHEIA ☐ OTORRÉIA ☐ PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ FOTOFREAGENTES ☐ NÃO FOTOFREAGENTES ☐ ANISOCÓRIA ☐ PERDIDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

SINAIS VITAIS

P.A. mmHg: 120 x 50 F.C. bpm: 65 Temp. °C: 36.5 SpO2 %: 98

GLICEMIA CAPILAR mg/dl: 98

GLASSOW

A.O. R.V. R.M. TOTAL

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM QUAL USA USA

OBS: SEMPRE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇIONADA FOR USB

AValiação SECUNDária

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☐ PALIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGLUTINAMENTO ☐ FER. PENETRANTE ☐ FER. PROFUNDO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESP. PARADOXAL ☐ TAMPONAMENTO
ABDOMEN	PELVE	COLUMNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE ☐	☐ CONTUSÃO ☐ HEMATOMA ☒ DOR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FECHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTAÇÃO	



IDENTIFIQUE O LOCAL DA LE

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 01 CONTRAÇÃO / 10MIN. ☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ 5 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLSA ROTA ☐ NASCIMENTO

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DROGAS ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OUTROS

☐ AIDS ☐ ALCOOLISMO ☐ ALERGIAS ☐ AVC ☐ CONVULSÕES ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTROS
☐ DESOBSTRUÇÃO VA ☐ ASPIRAÇÃO VA ☐ CÂMULA DE GUEDEL ☐ OXIGENACÃO ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☐ OXIMETRIA ☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☐ PERFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO ☐ INTRA-OSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORIZAÇÃO ☐ DESHIDRATAÇÃO ☐ MARCAPASSO TRANSCATÉTICO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☐ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☐ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCAPECERAÇÃO	☐ CRIOCORREIOS ☐ DRENAGEM TORÁX ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ SONDAS VESIC ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. ☐ OUTROS

Documentação médico - hospitalar



DIAGNÓSTICOS

ZAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

Deoxyribose 5' + Ribose 4' + AD

SOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

l'epistola di Sant'Agostino, nella prima di occidente del

note, pendant la classe, impuile de l'absence

Parasitoiden Tachiniden Diptera + A. N. G. V. containing *Selkirkia*

Dr. M.R. Javalikar, Professor, Suguna, A/RC

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

IGNOSTICO DE ENFERMAGEM:

[illegible]

MATERIAL UTILIZADO

some fibrolytica + a spore on agar deit. 1962

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade☐ Transferência Simples

Outro

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO:

1950

ATENDEMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ 6ºBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☒ APÓS ATENDIMENTO

☐ DÉBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ DÉBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECURSOU ATENDIMENTO ☐ RECURSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO

☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uruaína-PB, nesta oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R. G.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Medicop:

CRM

What:

Enfermeiro: 21028225

COREN: 4-1-15305 Mat.

Téc. de Enfermagem: Josefa Lima

COREN:

Mat.

Conductor Socorrista: Maria Socorro

Mat:





PREFEITURA DE UIRAUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



192 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO:	DATA: 07/02/17	VIATURA: ☐ USA ☒ USB
MÉDICO(A) REGULADOR(A) DRA:	CRM	
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:	Nº	
Bairro:	Cidade:	Estado:
PONTO DE REFERÊNCIA:		
PACIENTE(S) VITADO:		
SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.	IDADE: 50	SOLICITANTE:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA		
☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA		
APOIO NO LOCAL		
☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL		
☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTM ☐ STTRANS ☐ IML ☐ OUTRO		

AValiação PRIMária

VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
☐ PERVAS ☐ RESPIR. RUÍDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☒ EXPANSIBILIDADE NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ MURMÚROS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DOMINADO ☐ AUSENTE ☐ AUMENTADO ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MUCOSAS	☐ PULSO ☐ FRM ☐ CHEO ☐ RÍTMICO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERIFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADO ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITADO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORPOR ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	☐ RINORRAGIA ☐ OTORRAGIA ☐ RINORRÉIA ☐ OTORRÉIA ☐ PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ POTOIRREGULARIDADES ☐ NÃO POTOIRREGULARIDADES ☐ ANISOCORIA ☐ E	☐ E

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

SINAIS VITAIS				GLASGOW			GLICEMIA CAPILAR
PA mmHg	FC bpm	Temp °C	Sat O2 %	A.D.	R.V.	TOTAL	mg/dl
120 x 50	64	36.4	95				98
PASSAGEM DO CASO PARA BASE							
SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM ☐ QUAL USA							
OBS. SEMPRE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇIONADA FOR USB							

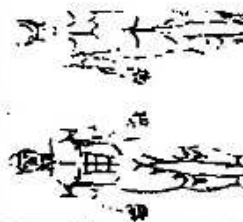
AValiação SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUINHAMENTO ☐ FER. PENETRANTE ☐ FER. PROFUNDO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESPIR. PARADOXAL ☐ TAMPOAMENTO
ABDOMEN	PELVE	COLUMNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ HEMATOMA ☐ DOR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FECHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTAÇÃO	

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN ☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ 4-5 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLSA ROTA ☐ NASCIMENTO	☐ DROGAS ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATORIOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OUTROS

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE	☐ MIOSE
☐ ISOCÓRICAS	☐ ANISOCÓRICAS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTRO:
☐ DESOBSTRUÇÃO VA ☐ ASPIRAÇÃO VA ☐ CÂNULA DE GUEDEL ☐ OXIGENAÇÃO ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☐ OXIMETRIA ☐ MONITORAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VIA NASAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☐ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO ☐ INTRA-OSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ DURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORAÇÃO ☐ DESATURACÃO/VERSÃO ☐ MARCAPASSO TRANS-CUTÂNEO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☐ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRACAO ☐ PRANCHAS LONGAS ☐ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCARCERAÇÃO	☐ ENTORNO ☐ DRENAGEM TÓRAX ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ Sonda Vesical ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. ☐ OUTROS:

Cópia da Guia de 1031 3034 1108 00



Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PROFISSIONÁRIO

General do Vieira da Silva

1403181

7 - CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

710 981930411908181912

25/09/1966

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MASC. ☒FEM. ☐

Isabel Joaze de Jesus

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Rua Cossetoda - alts. Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Cajazeiras

231690

PB

58915000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA

33 - CARIMBO E REGISTRO DO CONSELHO

Dr. José Leite Cardim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 118115-8/MT-13284

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

Marcos Aurélio Vidal
PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

22 MAIO 2017

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA Filho de: JOAQUIM
VIEIRA DA SILVA e de ISABEL JOSEFA DE JESUS
Residência: PROJETADA Idade: 50
Cor BRANCA Sexo MASCULINO Estado Civil CASADO
Naturalidade UIRAUNA - PB Profissão: AGRICULTOR
Internado em 07 de 02 de 17

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

TRATAMENTO EM OUTRO HOSPITAL

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

DO 1º E 2º TORÇÃO LUMBOSACRAL

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

10711611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SEOT 13284

Assinado por Suelio Moreira Torres



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

99687-2397

INFORMAÇÃO

Suelio

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R.G. N.º 20.897.486 15

Nome GERALDO VIEIRA DA SILVA

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 110191810310411910181812

Data Nascimento 25 / 09 / 1966 Residente à (Rua, Av.) PROJETADA

N.º 50 Bairro ALTO DA VISITA

Cidade VIEIRA UF PB Segurado ou Dependente

Grau Parentesco ESPOSA

no qual dou fe

Cajazeiras, 07 / 02 / 17

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Suelio Moreira Torres

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



**HOSPITAL
REGIONAL DE
CAJAZEIRAS**

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: GERYLL DO V. F. V.
DA SILVA

Idade: 50 anos _____ meses

UF: _____ Leito: _____

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Admissão de
trauma - fratura de
os. do ombro direito
de fratura de

Diagnóstico principal:

Diagnósticos secundários:

fratura de
clavícula
fratura de

Procedimentos Cirúrgicos

☐ Não

1- Cirurgia Realizada:

Tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

2- Cirurgia Realizada:

Data: / /

Tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

Data: / /

Procedimentos / Exames Invasivos

☐ Não

1-

Data: / /

2-

Data: / /

3-

Data: / /

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino:

☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

☒ Transferência para:

Retornar:

☐ Consultório em

dias

Aos cuidados de:

Observações:

Data:

10.02.2017

Médico

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELI - ME

CRM / Carimbo





Estação da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Aurelio Viç

22 MAIO 2017

COLETAGEM DE SEGURANÇA
EIRLI - ME

Nome: Genildo Viana

Idade: _____

Cor: _____

Enfermaria: 316

Leito: 03

Categoria: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

10/1

Prescrição médica

11h

Prescrição médica

11/4

Prescrição médica

11h

Prescrição médica

Dr. Carlos Roberto de A. Sousa
Otorrinolaringologista
CRM 4478 - SBO 17970

Dr. Carlos Roberto de A. Sousa
Otorrinolaringologista
CRM 4478 - SBO 17970

- NBI

Prescrição médica

Prescrição médica

Prescrição médica



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Osvaldo V. Alves Enf.: _____ Leito: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
07/02	10:32	Paciente admitido neste setor. HD. Fratura de clavícula (D), trazido pelo SAMU. Ao exame: Paciente acordado, verbalizando, deambulando, anictênico, acianótico, anictênico, eupneico. Queixas: dor em eliminação vesical e intestinal presentes - (SIC). Sem aguardando procedimento cirúrgico ortopédico.
		<i>Denise B. A. Cavalcante Rolim</i> Enfermeira COREN-PB 448214
07/02	10:50	Paciente admitido procedente da Ortopedia, segue aos cuidados.
08/02	10:30	Paciente evolui em 2º DIH em pré-operatório, consciente, orientado, verbalizando, normotérmico, hidratado, deambulando. Normotérmico, normotênico, eupneico. Em jejum pré-operatório. Eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes a ± um dia (SIC), sem repouso prejudicador com AVP em MSC. Repouso em regime flexão. Segue aos cuidados da equipe.
09-02-16	10:11	Paciente evolui em 6º DIH, acordado, consciente, orientado, verbalizando, deambulando: dieta, sem repouso prejudicador. Eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes a ± 3 dias (SIC) hidratado, higienizado, anictênico, anictênico, cooperativo, segue aos cuidados da equipe.

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI-ME





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcelo Aurelio Vidal
MAIO 2017
CORREÇÃO DE SEGUROS
RELI - ME

Nome: Carla Liane de S. Medeiros

Cor:

Enfermaria: 116 Leito: 03 Categoria:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

10744611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Oncologista
CRM 11611/SBOT 13284

10744611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Oncologista
CRM 11611/SBOT 13284

NOME: GERALDO VIEIRA DA SILVA
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONÇA
DATA: 08/02/2016

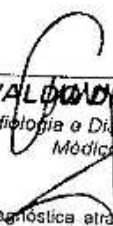
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO

TÉCNICA:

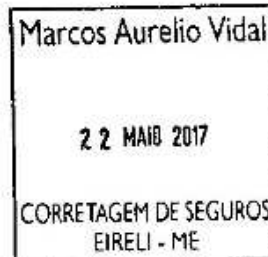
Exame de Tomografia Computadorizada de ombro, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO:

- Aumento de partes moles.
- Fratura do terço médio da clavícula direita.
- Fratura cominutiva escapular direita.
- Fraturas de arcos costais à direita.


Dr. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PB 5227

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.



PACIENTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA
DATA DO EXAME: 15.02.2017

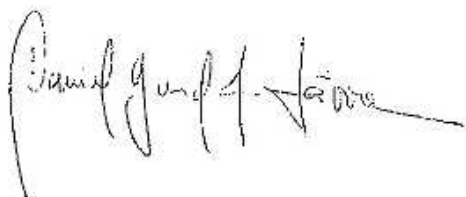
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

- Realizados cortes axiais com espessura de 5,0 mm pela técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

LAUDO:

- Fraturas do 2º ao 4º arcos costais à direita.
- Fratura cominutiva da escápula direita.
- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Moderado derrame pleural à direita.
- Atelectasia do lobo inferior direito.
- Parênquima pulmonar restante com coeficientes de atenuação normal.
- Traquéia e brônquios-fonte anatômicos.
- Cavidades pleurais livres sem evidências de derrame e/ou espessamento.
- Mediastino centrado, de contornos e amplitude normais, sem evidências de linfadenomegalias.
- Área cardíaca e vasos da base de dimensões preservadas.



DR. DANIEL TÁVORA
CRM- 7206



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

Geraldo Vieira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

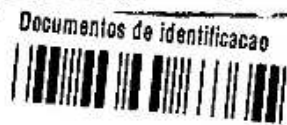
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE IMPOSTOS

095384310 12

GERALDO VIEIRA DA SILVA.

25/09/66.

Geraldo Vieira da Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 30.897.186-7 DATA DE EMISSÃO 09/ABR/66

GERALDO VIEIRA DA SILVA

FILIAIS JOAQUIM VIEIRA DA SILVA
E ISABEL JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE JIRAUNA -PB DATA DE NASCIMENTO 25/SET/1966

DDC ORIGEM JIRAUNA BA
PODO DANTAS
CN:LV.A03 /FLS.99V /N.00141

ASSINATURA DO DIRETOR
LEINº 7.118 DE 29.08.63

80001/6477

29 107 188

DRº J. ROLHOS - SP

JOÃO COSTA
Mair 02360

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
D. PARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAMIÃO NACIONAL DE HABILITACAO

VALIA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1275469425

MAURICKIO MACARIO DA SILVA

02396026015

039.831.484-44

12/06/1980

CELIO MACARIO DA SILVA

MARIA CARMELO DA SILVA

20/01/2021

20/06/2002

EXERCÍCIO ATIVO REMEMBRADA;

1275469425

PRIMEIRO PLANTÃO

1275469425

15/02/2016

71549061165

PR031864783

DETER. 1.º FB PARA JUBA

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



00000000000000000000

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012298236552 BILHETE DE SEGURO D

2 1010315

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

*** www.dpvatsegurodotransito.com.br ***
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 14/03/

10416303447 OBU4282

RENAVAM	MARCA / MODELO
0104094820	HONDA/CG 125 FAN ESD
ANO FAB.	DATA DE REGISTRO
2014	9C2JC4160FR102336

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA P P A G O
PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA		☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO: 14/03/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 00-248-6000001-04

www.seguradorafidat.com.br

19186-1020319-20160314

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/+4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Vieira da Silva
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 20.897.186-5
CPF: 095.384.338-12
Profissão: caricaturista
Endereço: Rod. Br. 230, SN, Bela Vista, Unauna - PB

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2421541
CPF: 035.831.484-44.
Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluído receber informações sobre perícia medica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório DPVAT para a vítima

Geraldo Vieira da Silva

Cajazeiras, 11 de abril de 2017.

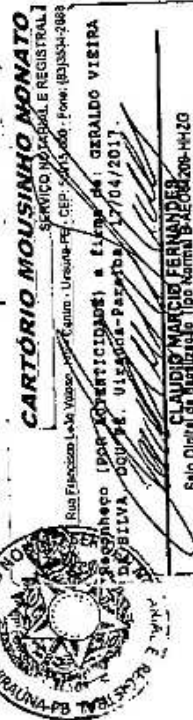
Geraldo Vieira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: _____
 Nacionalidade: _____
 Estado Civil: _____
 Identidade: _____
 CPF: _____
 Profissão: _____
 Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: MAURICÉLIO MACARIO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 342.764
 CPF: 082.831.484-44
 Profissão: AUTÔNOMO
 Endereço: RUA JOSE RODOLPHO DE ALMEIDA, 101 - JARDIM ARAUCÁRIA
 CACAJUEIRAS - PB.

Por este instrumento particular de Poderes, eu, _____, outorgante, confero ao outorgado acima qualificado, o poder de poderes especiais para representar-me perante o SEGURO-DOÇA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas companhias, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assumir ou requerer quaisquer documentos necessários ao assessoramento, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar acompanhamento nos hospitais e praticas de fisioterapia, para o tratamento e recuperação do corpo humano deste, mediante a realização de exames e procedimentos necessários para a obtenção do seguro DPVAT, para a obtenção do seguro DPVAT, para a obtenção do seguro DPVAT.

ASSINATURA DO OUTORGANTE



**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

Nome do(a) Examinado(a): **GERALDO VIEIRA DA SILVA** Sinistro: **3170285329** Data: **07/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **ROD BR 230, S/N - BELA VISTA - Uiraúna - PB - CEP 58915-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **20897186-5**

Data local do exame: [**26/08/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA. AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Assinatura eletrônica de Rosana Bezerra Duarte de Paiva

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB





Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061436

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285329 ASL-0194791/17
Vitima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00231/00232 - carta_01



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11064069

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor.
incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01703/01704 - carta_03



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11535547

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11583971

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170285329 ASL-0194791/17
Vitima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005786-0

Conta: 000000760354-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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
---	-----	----------

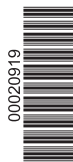
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01837/01838 - carta_15R



00020919



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Orlando Vieira da Silva
PORTADORA(A) DO RG Nº 20.897.186-5 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 09/08/1988
CPF 095389318-12 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO carreirista
E RENDA MENSAL DE R\$ carreirista (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Orlando Vieira da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5786-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0760354-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Capinzal, 16 de abril de 2017 Orlando Vieira da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 213/2017

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 07/02/2017 HORÁRIO: 06:40min. Aproximadamente

Data de notícia do fato a Depol: 18.04.2017

PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA, brasileiro(a), natural de Uiraúna/PB, casado, agricultor, com 50 anos de idade, nascido(a) em 25.09.1966, CPF 095.384.318-12, RG 20.897.186-5 SSP/SP, filho de Joaquim Vieira da Silva e Isabel Josefa de Jesus, residente na rodovia BR 230, sn° - Sítio Bela Vista - zona Rural de Uirauna - PB.

VÍTIMA: o próprio declarante.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientifica do (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que, na data de 07.02.2017, por volta das 06h40, aproximadamente, encontrava-se conduzindo o veículo tipo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESD, PLACA OEU4282/PB, CHASSI 9C2JC4160FR102336, RENAVAL 0104094820-8, matriculada em nome de JOALISON JUNIOR DA SILVA, quando trafegava na rodovia BR 434, na altura do Sítio Carcara - zona Rural de Poço Dantas -PB, quando inesperadamente um animal, tipo VACA invadiu a rodovia, vindo o declarante a colidir com o referido animal; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC; QUE o declarante sofreu **POLITRAUMATISMO, FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA NA OMOPLATA DIREITA, DUAS FRATURAS NA COSTELA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI TRANSFERIDO ANTONIO TARGINO, NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE - PB.** Por este motivo procurou a delegacia para registrar ocorrência. QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Seguindo determinação da portaria n° 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 18 de ABRIL de 2017.

[Assinatura manuscrita]

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Francisco Jose L. de Lira

Mat. 157.335-8

[Assinatura manuscrita]
Elisângela M. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.744-0

COLEGAR
DIREITO

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Genaldo Vieira da Silva,
portador da carteira de identidade nº 20.897.386-5 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 095.384.318-12, residente e domiciliado no
(a) Rod. BR 230, SN, Bela Vista, Cidade
Uranaia, Estado Paraná, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

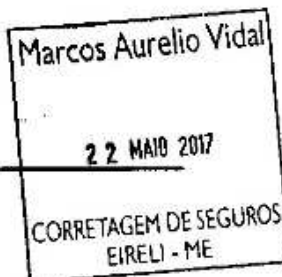
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Genaldo Vieira da Silva

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Uranaia - PB 26/04/2017.

Local e data



DPVAT (Lei nº 6.047/74) uma vez que
Médico Legal - IML para os fins de levantamento de identificação do Seguro
penas da lei que estão impossibilitados de apresentar o laudo do Instituto
Estado de São Paulo

Cidade _____
CPF/MF sob o nº _____
residência e domicílio no _____
ou inscritos em _____

1 X () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência. ou

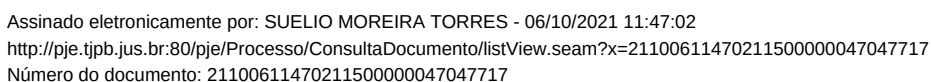
asilar ubiser eap ma oipannuM on obaxilapoi JMI ob otnemicelelaze O ()
 .obideq ovitocsear ob asib (stnevon) 00 s tonequz oxtaq mcoq asiehc

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, a Companhia de Seguros DPVAT, através de seu representante legal, autoriza a emissão de uma cópia autônoma de via deste formulário, que poderá ser utilizada para fins de comprovação de fato, desde que não seja utilizada para fins de litígio ou para fins de cobrança de indenização.

התאגדות זו היא חברה בע"מ, הכוללת 100% מהחברות הבאות:

(continued from page 10)

1979



4-AGO-201

Comprovante de residência



00300903



CTC RECIFE PE JPA PL11
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900-000 CAJAZEIRAS PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99415 5835	de 02/08/2016 a 01/09/2016	28/09/2016	R\$ 34,99

Valor pago na última conta: R\$ 72,20

Veja aqui o que está sendo cobrado

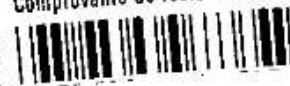
Individuais		
Bonus internet controle 400MB	R\$	0,00
Assinatura Controle	R\$	34,99
Total do Mês	R\$	34,99

Total a Pagar	R\$	34,99
---------------	-----	-------

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Comprovante de residência

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Generaldo Vieira da Silva, RG nº 20.897.186-5, data de expedição 09/08/1988, Órgão SSP/SP,

CPF nº 095.384.318-12, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

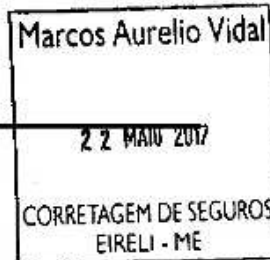
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua BR 230</u>
Número	<u>5N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Uirauna</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58915000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813.12.66 / 99415.58.35</u>
E-mail	<u>verasdpvatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Uirauna - PB 26/04/2017.

Generaldo Vieira da Silva

Assinatura do Declarante



ELICELMA ALEXANDRE DA SILVA
R. O. 200, 200, S.N. - BELA VISTA
URUQUARA/PB CEP: 5891000 (AG: 177)

Classificação: RESIDENCIAL / BANDA RENDIMENTO MONOFÁSICO
Ratário: 7 - 208 - 880 - 3300
Nº medidor: 00001122040
Referência: Mar / 2017
Emissão: 14/03/2017

energisa
ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.005.103/0001-40 - Insc. Est. 15.015.023-0

Módulo Fichas/Carta de Entregas ENEC 17000 486 329
Código para Distribuição Automática: 00007007972

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br
Conta referente a **UC (Unidade Consumidora):** 5/200767-2
Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

14/03/2017

Data prevista da próxima leitura

11/04/2017

CPF/CNPJ/RAN

4328420401

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data	Leitura	Data	Leitura			
08/02/17	20580	14/03/17	20700			

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 100 kWh-BR	30	0,14923	4,48
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,25411	17,79
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	80	0,28118	22,49
Adc. B. Amarela			0,87
Subsídio			27,55
ICMS			34,00
PIS			1,88
COFINS			7,87

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA
JUROS DE MORA 01/2017
JUROS DE MORA 02/2017
MULTA 01/2017
MULTA 02/2017
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2017
Descontos Substituição

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Jan/17	135
Dez/16	145
Nov/16	145
Out/16	159
Set/16	143
Ago/16	158
Jul/16	162
Jun/16	218
Maio/16	265
Abr/16	208
Mar/16	180
Feb/16	242

Média dos últimos meses

180

VENCIMENTO

21/03/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 107,68

4b87.35f8.e621.c0f6.d506.d726.cca5.932a

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Unidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MÉDIA	8,47	
DIC TENSÃO	12,84	
DIC AMPL.	25,85	
FC ANUAL	3,42	
FC TRIMESTRAL	8,85	
FC ANUAL	13,20	
FC TRIMESTRAL	3,80	
FC ANUAL	12,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	20,89	19,40
Serviços de Transmissão	25,65	23,83
Serviços de Distribuição	1,44	1,34
Serviços de Manutenção	0,21	0,19
Serviços de Outros	50,19	46,84
Total	107,68	100,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Banda Plena, tendo um desconto de R\$27,85

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Genaldo Vieira da Silva do sinistro de DPVAT¹ da natureza invalidade da vítima Genaldo Vieira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: revisor Renda Mensal: R\$ revisor

Documentos comprobatórios: nao possui

Mauricio Macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Joalison Junior da Silva
 portador do RG: 503093054, data de expedição 13 / 06 / 2016
 órgão expedidor SSP / PB, CPF: 131041.11613.10314-147
 com domicílio na cidade de Uiraúna, no estado de Pernambuco
 onde resido na Sítio Bela Vista
 número SN, complemento Zona Rural.
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, Geraldo Vieira da Silva
 cujo condutor era Geraldo Vieira da Silva
 VEÍCULO: PAS / MOTOCICLETA
 ANO: 2014
 MODELO: MONDA / CG 125 FAN ESD
 PLACAS: OE04282 / PB
 CHASSI: 9C2JC4160FR102336
 DATA DO ACIDENTE: 07 / 02 / 2017

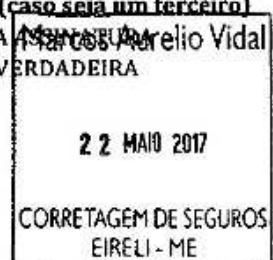


Carpazanas - PB 03/05/2017
 Local e Data



Joalison Junior da Silva
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Geraldo Vieira da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA





PREFEITURA DE UIRAUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ENTENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: 01 DATA: 07/02/17 VIATURA: USA ☒ USB ☒ CRM: 07/02/17

INDICAÇÃO REGULADORIA(DR): Dr. David / Dr. Rê Nº: 07/02/17

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Salto Branco

BAIRRO: Salto Branco CIDADE: Salto Branco ESTADO: PR

PONTO DE REFERÊNCIA: Salto Branco

PACIENTE(AUSÁRIO): Salto Branco

SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM. IDADE: 50 SOLICITANTE: Salto Branco

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ IML ☐ OUTRO

AValiação PRIMária

VIAS AÉREAS

☐ PÉRIAS ☐ RESPIR. RUÍDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL

VENTILAÇÃO

☐ EXPANSIBILIDADE ☐ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DOMÍNIO ☐ D ☐ E ☐ AUSENTE ☐ D ☐ E ☐ HIPERTENSÃO ☐ INADEQUADO

CIRCULAÇÃO

☐ PULSO ☐ NORMAL ☐ FINO ☐ CHEIO ☐ RÍTMICO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERIFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE

AVAL. NEUROLÓGICA

☐ RINORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ RINORRÉIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRÉIA ☐ D ☐ E ☐ PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ FOTOREAGENTES ☐ NÃO FOTOREAGENTES ☐ ANISOCÓRIA ☐ D ☐ E

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

SINAIS VITAIS

P.A. mmHg: 120 x 50 F.C. bpm: 65 Temp. °C: 36.5 SpO2 %: 98

GLICEMIA CAPILAR mg/dl: 98

GLASSGOW

A.O. R.V. R.M. TOTAL

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM ☐ QUAL USA ☐

OBS: SEMPRE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇIONADA FOR USB

AValiação SECundária

PELE

☐ CORADA ☐ PALIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA

CABEÇA

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUINHAMENTO ☐ FER. PENETRANTE ☐ FER. PROFUNDO

FACE

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR

PESCOÇO

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO ☐ TAMPONAMENTO

TÓRAX

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESP. PARADOXAL ☐ TAMPONAMENTO

ABDOMEN

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TABUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO

PELVE

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE ☐

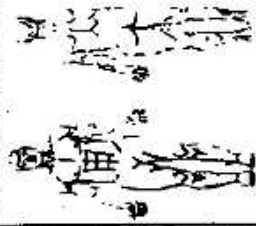
COLUMNA DORSAL

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DOR ☐ FRATURA ☐ FECHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTACÃO

MEMBROS

☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FECHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTACÃO

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE ☐ MIOSE ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 01 CONTRAÇÃO / 10MIN. ☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ 4-5 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLSA ROTA ☐ NASCIMENTO

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DROGAS ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OUTROS

Documentação médico - hospitalar



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VA ☐ ASPIRAÇÃO VA ☐ CÂMULA DE GUEDEL ☐ OXIGENACÃO ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☐ OXIMETRIA ☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

CIRCULATÓRIOS

☐ ACESSO VENOSO ☐ PERFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO ☐ INTRA-OSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORIZAÇÃO ☐ DESHIDRATAÇÃO ☐ VIA NASAL ☐ MARCAPASSO TRANSCATÉTICO ☐ E.C.G.

RESGATE

☐ IMOBILIZAÇÃO ☐ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☐ FRANCHIA LONGA ☐ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCAPECERAÇÃO

OUTROS

☐ CRIOCONGELADOS ☐ DRENAGEM TORÁXICA ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ SONDAS VESIC ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. ☐ OUTROS

FORM. 10 - 01/2014 - 01/2014 - 01/2014



DIAGNÓSTICOS

$$\text{C}_6\text{H}_5\text{CH}_2\text{NHCOOH} + \text{R}'\text{P}(=\text{O})_3 \rightarrow \text{POD}$$

l'impact du christianisme sur la vie de la communauté.

note, pendant la classe, impuile de l'absence

o M.R. Juarez's old professor, Seguin in Area A.R.C.

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

IGNOSTICO DE ENFERMAGEM

[illegible]

some fibrolytica + a spore on agar deit. 1962

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade ☐ Transferência Simples

☐ Outro _____

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE: DR. CARLOS ALBERTO DE SOUZA
RESPONSÁVEL: DR. CARLOS ALBERTO DE SOUZA
FUNÇÃO: CRIO-BIOLOGIA

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ DÉBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☒ APÓS ATENDIMENTO

☐ DÉBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ DÉBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECURSUO ATENDIMENTO ☐ RECURSUO TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO

☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULANCIA ☐ OUTRAS: _____

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uralúna-PB, nesta oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

२७

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Medicop:

CRM:

What:

Enfermeiro: 21072325

COREN: 4-1-15305 Mat.

Téc. de Enfermagem: Joana Lima

COREN⁵

Mat.

Conductor Socorrista: Miguel Escobar

Mat:





PREFEITURA DE UIRAUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: 01 DATA: 07/02/17 VIATURA: ☒ USB ☐ CRM

MÉDICO(A) REGULADOR(A) DRA: *Dr. Daniel / Dr. Paulo*

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: *Sítio Carreira*

Bairro: *Sítio Carreira*

Ponto de Referência: *Rua Uirauna*

Paciente: *Paulo Vieira*

SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM. IDADE: 50 SOLICITANTE: *Paulo Vieira*

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVÁRIA FEDERAL

☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTM ☐ STTRANS ☐ IML ☐ OUTRO

AValiação PRIMária

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☒ PERVAS ☒ RESP. RUÍDOSA ☒ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☒ OBSTRUÇÃO TOTAL	☒ EXPANSIBILIDADE ☒ NORMAL ☒ SUPERFICIAL ☒ REGULAR ☒ IRREGULAR ☒ MURMÚROS VESICULARES ☒ NORMAL ☒ DOMINADO ☐ E ☒ AUSENTE ☐ E ☒ HIPERTENSIVISMO ☒ APNEIA	☒ PULSO ☒ NORMAL ☒ FRACO ☒ CHECO ☒ RÍTMICO ☒ ARRITMICO ☒ AUSENTE ☒ PERFUSÃO ☒ NORMAL ☒ RETARDADO ☒ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☒ DESORIENTADO ☒ AGITADO ☒ SONOLÊNCIA ☒ TORPOR ☒ COMA ☒ CONVULSÃO ☒ RIGIDEZ ☒ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

SINAIS VITAIS				GLASGOW		GLICEMIA		
PA	FC	Temp	Sat O2	A.D.	R.V.	R.I.	TOTAL	GLICEMIA
mmHg	apm	°C	%					mg/dl
120 x 50	65	36.5	95					98

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM ☐ QUAL USA ☐

OBS: SEMPRE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇIONADA FOR USB

AValiação SECundária

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☒ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUINHAMENTO ☐ FER. PENETRANTE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ CONTUSÃO ☒ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESP. PARADOXAL ☐ TAMPOAMENTO
ABDOMEN	PELVE	COLUMNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ HEMATOMA ☒ DOR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FCHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTAÇÃO	

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN ☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ 4-5 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLSA ROTA ☐ NASCIMENTO	☐ DROGAS ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATORIOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OUTROS

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO

IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE ☐ MIOSE ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTRO:
☐ DESOBSTRUÇÃO VA ☐ ASPIRAÇÃO VA ☐ CÂNULA DE GUEDEL ☐ OXIGENAÇÃO ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☒ OXIMETRIA ☐ MONITORAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VIA NASAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☐ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO ☐ INTRA-OSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ DURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORAÇÃO ☐ DESATUBAÇÃO ☐ MARCAPASSO TRANS-CUTÂNEO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☒ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRACAO ☐ PRANCHAS LONGAS ☐ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCARCERAÇÃO	☐ ENTORCIMENTOS ☐ DRENAGEM TÓRAX ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ Sonda Vesic/ ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. ☐ OUTROS:

Cópia da Guia de 1031 3034 1108 00

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CBO: 12215

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.: RUA TABELAJO ANTONIO HOLANDA

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Raza/Cor: SEM INFORMACAO

Dt. Nasc: 25/09/1966 Idade: 50 anos(meses) de idade dias) de idade Sexo: M

Mãe: ISABEL JOSEFA DE JESUS

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: ALTO BELA VISTA

Município-UF: CEP - IBGE: UIRAIUNA - PB - 58915000 - 251690

Telefone para contato (83) 3531-3563 / CNS: 709803041908892

Data e Hora: 07/02/2017 08:13:50

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

Queixa Principal:

5 F986-5000a

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

VOLTAR 95-744 - 10-00

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME



SUS Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 - CNES

4 - CNES

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

General do Vieira da Silva

6 - Nº DO PROFISSIONAL

1403181

7 - CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710 981 931 941 1908 81912

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/09/1966

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Isabel Joaze de Jesus

MASC. ☒FEM. ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Cossetoda - alto Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

251690

15 - UF

PB

16 - CEP

58915-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LUXAÇÃO DO OMBRO

21 - CID 10 PRINCIPAL

T11.1

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

T11.1 - LUXAÇÃO DO OMBRO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

9504019911

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/02/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Leite Cardim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 118115-SP

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

Marcos Aurélio Vidal
PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

22 MAIO 2017

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

2539

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

18/02/17

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Leite Cardim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 118115-SP

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA Filho de: JOAQUIM
VIEIRA DA SILVA e de ISABEL JOSEFA DE JESUS
Residência: PROJETADA Idade: 50
Cor BRANCA Sexo MASCULINO Estado Civil CASADO
Naturalidade UIRAUNA - PB Profissão: AGRICULTOR
Internado em 07 de 02 de 17

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

TRAUMA C-5 QUANDO

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

DO C-5 LIGAMENTO LONGO MM

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

10711611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SEOT 13284

Guerra da Pensão





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

99687-2397

INFORMAÇÃO

Suelio Moreira

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R.G. N.º 20.897.486 1 5

Nome GERALDO VIEIRA DA SILVA

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 110191810310411910181812

Data Nascimento 25 / 09 / 1966 Residente à (Rua, Av.) PROJETADA
N.º 50 Bairro ALTO DA VISITA

Cidade VIEIRA UF PB Segurado ou Dependente ESPOSA
Grau Parentesco

no qual dou fe
Cajazeiras, 07 / 02 / 17

Suelio Moreira
Funcionário Responsável

Suelio Moreira
Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442

69
Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





**HOSPITAL
REGIONAL DE
CAJAZEIRAS**

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: GERALDO V. SILVA

Idade: 50 anos 00 meses

UF: PE Leito: 00

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Acidente de trânsito - fratura de fêmur direito
fratura de fêmur direito
fratura de fêmur direito
fratura de fêmur direito

Diagnóstico principal:

Diagnósticos secundários:

fratura de fêmur direito
fratura de fêmur direito
fratura de fêmur direito

Procedimentos Cirúrgicos ☐ Não

1- Cirurgia Realizada:

Tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

2- Cirurgia Realizada:

Data:

Tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

Data:

Procedimentos / Exames Invasivos ☐ Não

1-

Data:

2-

Data:

3-

Data:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino:

☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

☒ Transferência para:

Retornar:

☐ Consultório em

dias

Aos cuidados de:

Observações:

Data:

10/02/2017

Médico

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELI - ME

CRM / Carimbo





Estação da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Aurelio Viç

22 MAIO 2017

COLETAGEM DE SEGURANÇA
EIRBLI - ME

Nome: Genivaldo de Almeida Idade: 60 Cor: Preto Enfermaria: 316 Leito: 03 Categoria: 1

DATA: 10/05/17 PRESCRIÇÃO MÉDICA: Prescrição de 10 dias HORÁRIO: 10h RELATÓRIO: Prescrição de 10 dias

10/05/17 Prescrição de 10 dias 10h Prescrição de 10 dias

11/05/17 Prescrição de 10 dias 10h Prescrição de 10 dias

12/05/17 Prescrição de 10 dias 10h Prescrição de 10 dias

13/05/17 Prescrição de 10 dias 10h Prescrição de 10 dias

14/05/17 Prescrição de 10 dias 10h Prescrição de 10 dias

15/05/17 Prescrição de 10 dias 10h Prescrição de 10 dias

1e:

Orvaldo V. Alves

Enf:

Leito:

ATA	HORA	
10:2 217	10:32	Paciente admitido neste setor. HD. Fratura de Círculo (D), trazido pelo SAMU. Ao exame: Paciente consciente, verbalizando, deambulando, anictênico, acianótico, afebril, eupneico. Queda livre. CPX eliminação vesicais e intestinais presentes - (SIC). Sem aguardando procedimento cirúrgico ortopédico.
		Romualdo S. A. Corrente Rolim Enfermeira Coren PB 448214
07 02 47	10:50	Paciente admitido procedente da S.O. pedindo segue aos cuidados. 2
		Adriano P. dos Santos Enfermeiro COREN-PB: 202713
08/02/17 09:30		Paciente evolui em 2º DIH em pré-operatório, consciente, orientado, verbalizando, normotônico, hidratado, deambulando. Normotermico, normocárdico, normotenso, eupneico. Com febre pré-operatória eliminação vesicais presentes e intestinais ausentes a $\pm$ um dia (SIC), sono e repouso prejudicados, sem AVP em MSC. Repouso em regime flexão. Segue aos cuidados da equipe, Acadêmica de Enfermagem FSH Thais de Siqueira Borges (M. Wente)
09-02-16	10:11	Paciente evolui em CCR, calmo, consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Dieta líquida, sono tranquilo eliminação vesicais presente e intestinais ausente há $\pm$ 3 dias (SIC) hidratado, hidratado, afebril, normotônico, anictênico, cooperativo. Segue aos cuidados da equipe. 22. 0000 000454622.
		Marcos Aurelio Vi 22 MAIO 2017 CORRETAGEM DE SEGURO EIRELI-ME





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marco Aurelio Vidal
MAIO 2017
CORREÇÃO DE SEGUROS
RELI - ME

Nome: Carla Liane de S. Medeiros Cor: Cor Enfermaria: 116 Leito: 03 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
07/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
08/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
09/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
10/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
11/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
12/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
13/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
14/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
15/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
16/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
17/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
18/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
19/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
20/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
21/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
22/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
23/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
24/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
25/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
26/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
27/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
28/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
29/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
30/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	
31/05/2017	100mg de 1500g	08/05/17	

10744611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Oncologista
CRM 11611/SBOT 13284

10744611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Oncologista
CRM 11611/SBOT 13284



NOME: GERALDO VIEIRA DA SILVA
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONÇA
DATA: 08/02/2016

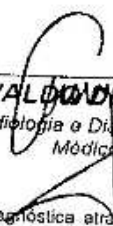
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO

TÉCNICA:

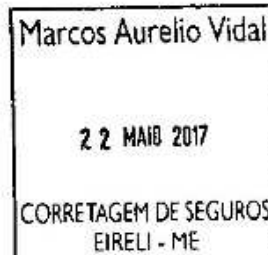
Exame de Tomografia Computadorizada de ombro, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO:

- Aumento de partes moles.
- Fratura do terço médio da clavícula direita.
- Fratura cominutiva escapular direita.
- Fraturas de arcos costais à direita.


Dr. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PB 5227

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.



PACIENTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA
DATA DO EXAME: 15.02.2017

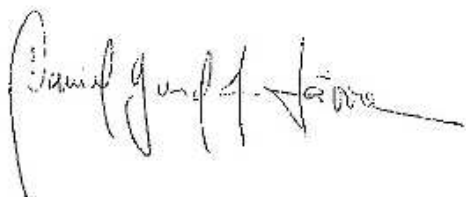
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

- Realizados cortes axiais com espessura de 5,0 mm pela técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

LAUDO:

- Fraturas do 2º ao 4º arcos costais à direita.
- Fratura cominutiva da escápula direita.
- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Moderado derrame pleural à direita.
- Atelectasia do lobo inferior direito.
- Parênquima pulmonar restante com coeficientes de atenuação normal.
- Traquéia e brônquios-fonte anatômicos.
- Cavidades pleurais livres sem evidências de derrame e/ou espessamento.
- Mediastino centrado, de contornos e amplitude normais, sem evidências de linfadenomegalias.
- Área cardíaca e vasos da base de dimensões preservadas.



DR. DANIEL TÁVORA
CRM- 7206



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

Geraldo Vieira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

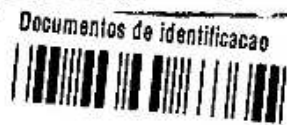
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE IMPOSTOS

095384310 12

GERALDO VIEIRA DA SILVA.

25/09/66.

Geraldo Vieira da Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 30.897.186-7 DATA DE EMISSÃO 09/ABR/68

GERALDO VIEIRA DA SILVA

FILIAIS JOAQUIM VIEIRA DA SILVA
E ISABEL JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE JIRAUNA -PB DATA DE NASCIMENTO 25/SET/1966

DDC ORIGEM JIRAUNA BA
PODO DANTAS
CN:LV.A03 /FLS.99V /N.00141

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 20.08.63

80001/6477

29 107 188

DR. JOSÉ COSTA
Mair. 20236-9

DR. JOSÉ COSTA - SP

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
D. DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAMIÃO NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
AUDRICKIO MACARIO DA SILVA

FOTO

SOCIEDADE / DATA EMISSÃO
2421541 SEP 78

CNPJ
039.831.464-44 DATA EXPIRAÇÃO 12/06/1980

Nome
CLETO MACARIO DA SILVA
MARIA CARMELO DA SILVA

PROFISSÃO
ACC.
CREMA
AD.

Nº Registro
02396026015

Vigencia
20/01/2021

1ª Matrícula
20/06/2002

Observações
A:
EXERCÍCIO ATIVO REMEMBRADA;

Assinatura do titular
Assinatura de testemunha

APROVAÇÃO
SODRA, ES

Data Emissão
15/02/2016

71549061165
P8031864783

DET. - SP

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2 1010315

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 14/03/

10416303447 OBU4282

RENAYAM	CEP 4282
0104094820	MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ESD
ANO FAB. 2014	CAR. TARE 9C2JC4160FR102336

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA P P A G O
PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA		☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO: 14/03/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 00-248-6000001-04

www.seguradorafidat.com.br

19186-1020319-20160314

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/+4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Vieira da Silva
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 20.897.186-5
CPF: 095.384.338-12
Profissão: caricaturista
Endereço: Rod. Br. 230, SN, Bela Vista, Unauna - PB

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2421541
CPF: 035.831.484-44.
Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluído receber informações sobre perícia medica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório DPVAT para a vítima

Geraldo Vieira da Silva

Cajazeiras, 11 de abril de 2017.

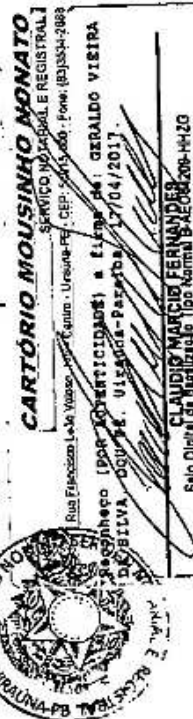
Geraldo Vieira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nombre:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	
Identificación:	
CPF:	
Profesión:	
Endereço:	

OUTORGADO:

Nome: MAURICELLO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 242.764
CPF: 032.831.484-44
Profissão: AUTONOMO
Endereço: Rua Jose Rodolpho de Almeida 101 - Vila Verde
Camasiras - PB.

CONSORCIO DO SEGURO DPVAT e suas respectivas controladas, a fim de examinar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para demandar, assim ou requerer quaisquer documentos necessários ao processamento das causas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reaparelhamento, incluindo substituição e prática enfim, todos os atos de natureza jurídica inerentes ao pedido cumprimento deste artigo, a fim de obter a indenização do

ASSINATURA DO ORGANITE



**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

Nome do(a) Examinado(a): **GERALDO VIEIRA DA SILVA** Sinistro: **3170285329** Data: **07/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **ROD BR 230, S/N - BELA VISTA - Uiraúna - PB - CEP 58915-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **20897186-5**

Data local do exame: [**26/08/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA. AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Assinatura eletrônica de Rosana Bezerra Duarte de Paiva

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo n.º 08003467620188150491

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GERALDO VIEIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 4 de outubro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2021 11:47:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21100611470262800000047047718>
Número do documento: 21100611470262800000047047718