

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO DUARTE LEAL**

Nº Sinistro: **3180309431**

Vitima: **ANTONIO DUARTE LEAL**

Data do Acidente: **22/01/2018**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309431**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13077298



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, Antonio Duarte Leal

PORTADOR(A) DO RG Nº 23-616-007-2 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 034167228-92 / CNPJ _____, PROFISSÃO aposentado

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2221 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01300018648-0

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

Nº do BANCO CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2221 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01300018648-0

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.

Autorização de pagamento



Assinante 26 de JUNHO de 2018 Antonio Duarte Leal

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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE Ocorrência
Nº00075.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 22/01/2018

Hora: 06:57:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Francisco Afonso Vila dos Teimososa, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VTIMA

Nome: Antonio Duarte Leal
Conhecido por: Não informado
Filiação: Adelaide Amélia Duarte e Severino Augustinho Leal
Idade: 60 Data de Nascimento: 11/10/1957 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Arociras
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Aposentado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 034.167.228-92
Endereço: Rua Emiliano Rosendo da Silva, 75, Bodocongó III, Campina Grande, PB
Complemento: Residencial do Lindú III, APTº 201 Bloco M.
Telefone: (83) 98682-2336

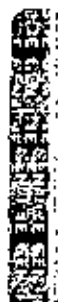
TESTEMUNHA

Nome: Aleksandro Gonçalves Barreto
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Gonçalves Barreto e Não Declarado
Idade: 48 Data de Nascimento: 23/05/1969 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Porteiro
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 714.574.534-87
Endereço: Rua Luiz Florentino de Souza, 280, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98624-7050

Boletim de ocorrência



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada



2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido, dou fé. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande - PB 20/03/2018
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Selo Digital: AGP37145-OLG0
Encl: R\$2,00 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,20 Feoj R\$0,44 MP R\$0,04

Procedimento Policial: 00075.01.2018.2.00.420

03-JUL-2018 10:34 611287 1/1
SERVIDOR DE LINES DEPART OF



TESTEMUNHA

Nome: Leo Katio Cândido de Oliveira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Lúcia Ramos de Oliveira e João Cândido de Oliveira Filho
Idade: 35 Data de Nascimento: 19/01/1983 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Porteiro
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 053.873.684-47
Endereço: Rua Antonio Quirino de Melo, Três Irmãs, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98845-3781

Viviane Cleidiana de Sousa Cariani
Escrivente Autorizada

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé correndo na Avenida Juvêncio Arruda, bairro de Bodocongó, momento em que foi atropelado pela condutora de um Veículo Celta de cor prata, de Placas NQB-4227-PB, que com o impacto a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Tornozelo do pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 19 de março de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ANTONIO DUARTE LEAL
Noticiante

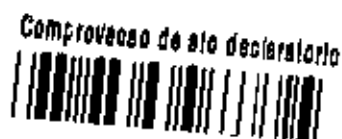
ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



ATO



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 22/1/2018	HORA: 06:57 HS	ID Nº: 1666879
NOME: ANTONIO DUARTE LEAL		
QUEIXA: ATROPELAMENTO		
LOCAL: R. FRANCISCO AFONSO VILA DOS TEIMOSOS - BODOCONGO		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO DONA LINDU II		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 15 de março de 2018

1ª Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Endereço: Rua de Raimundo Leão e Cordeiro, 25
Praça da República, 100, Centro - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido, nos ts. (A-1, 426 - III do CPC),
Campina Grande-PB 20/03/2018
Consulte a autenticidade em <https://seiodigital.tjpb.jus.br>
Selos Digitais: R5937146-YN9Z
Emol: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpem R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

Viviane Clevidia de Sousa Cêitano
Escritora Autorizada

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 144,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DUARTE LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000018648-0

Nr. da Autenticação 68A6F18B7066A07A

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
EXIBIR ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70507074

REFERÊNCIA

MAI/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANTONIO DUARTE LREAL

RUA EMILIANO ROSENDO DA SILVA, 75 - BL. N.º 1 - 201 -
BODOCONGO CAMPINA GRANDE PB 58429-690

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Quarto	Outro	
018.041.182.1201.568	568	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A11A010810	17/01/2013	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
265	270	5	30	08/06/2018		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.						
ABR/2018	5	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAR/2018	3	0	TURBIDEZ	178	190	
FEV/2018	2	0	COLOR	178	189	
JAN/2018	6	0	COL. TERMOT	0	0	
DEZ/2017	5	0	COR	55	190	
NOV/2017	5	0	COL. TOTAIS	178	190	
MEDIA(M)	4	DADOS REFERENTES A: MAR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/05/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:21:57

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

5 M3

37,91

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

5 M3

30,33

CONSUMO DE ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

21/05/2018

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

Comprovante de residência



ORTOPEDIA CAMPINENSE

CNPJ: 01 056.551/0001-30 MARICLEIDE BARBOSA DINIZ
RUA DOM PEDRO II, 119 CENTRO - CAMPINA GRANDE -

PB 58400-052 Fone: (83)3341-1247 F.E.: 16164585-0

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Código Descrição Qtde Un Valor unit. Valor t

001 851 BOLSA GEL O MERCUR

1 UN X 110,00 110,00

Desconto -11,00

Valor Líquido 99,00

002 785 CARCI BAND ROXO FORTE

1 UN X 50,00 50,00

Desconto -6,00

Valor Líquido 44,00

QTD. TOTAL DE ITENS 002

VALOR TOTAL R\$ 144,00

Descontos R\$ -16,00

VALOR A PAGAR R\$ 144,00

FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago

Cartão de Crédito 144,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

2516 0401 0565 5100 0130 6500 2000 0074 6417 5605

4661

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº 000007484 Série 002 04/04/2018 10:11:20

Protocolo de Autorização: 325180077120636

Data de Autorização 04/04/2018 10:08:55



Comprovantes de despesas médicas

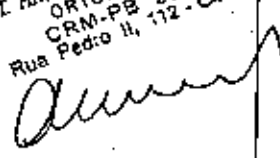


OBRIGADO PELA PRÉFERÊNCIA, VOLTE SEMPRE! MD5:

052F3E8038DA2BCDD2B08ABD398583AD

Tributos Totais Incidentes(Lei Federal 12.741/12): R\$ 38,38

SGBr Sistemas

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Código de Verificação F4C9.9501.AADB.9C63.54A8.C198.D263.6295 Competência: 03/2018		Número da Nota 40179 RPS: Data de Emissão 26/MAR/2018 12:02:03		
	PRESTADOR DE SERVIÇOS Razão Social / Nome: FERNANDES & FERNANDES LTDA - EPP CNPJ / CPF: 02.674.272/0002-83 Endereço: RUA PROFESSOR JERONIMO GUEIROS 112 Bairro: CENTRO Município: CAMPINA GRANDE				
	Inscrição Municipal: 494230 CEP: 58410-268 Complemento: Não Informado UF: PB País: Brasil				
TOMADOR DE SERVIÇOS Razão Social / Nome: ANTONIO DUARTE LEAL CNPJ / CPF: 034.167.228-92 Endereço: RUA EMILIANO ROZENDO DA SILVA 75 Bairro: BODOCONGO Município: CAMPINA GRANDE					
Inscrição Estadual: CEP: 58429-690 Complemento: Não Informado UF: PB País: BRASIL					
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS SERVIÇOS PRESTADO DE FISIOTERAPIA					
 Dr. Antonio Nelbi Fernandes ORTOPEDISTA CRM-PB 2982 Rua Pedro II, 112 - Centro					
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$504,00					
Código do Serviço 86500004 ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA Item da Lista 04.08 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.					
ISS (R\$) - % 0,00		IRRF (R\$) - % 0,00		CSLL (R\$) - % 0,00	
PIS (R\$) - % 0,00		COFINS (R\$) - % 0,00			
Base de Cálculo do ISS(R\$) 504,00		Alíquota(%) 3,50		Valor do ISS(R\$) 17,64	
				Valor Líquido(R\$) 504,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA. Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.					
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço: http://www.campinagrande.pb.gov.br e clique no link NFS-e			Código de Verificação: F4C9.9501.AADB.9C63.54A8.C198.D263.6295		
RECEBEMOS DA EMPRESA FERNANDES & FERNANDES LTDA - EPP OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA			Número da Nota: 40179		
Local _____			Data _____		
Assinatura _____					



GOVERNO
DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

10-84

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1584417

CLASS. DE RISCO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 22/01/2018
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Almeida

PACIENTE: ANTONIO DUARTE LEAL CPF: 58400002
Endereço: EMILIANO ROSENDO DA SILVA Nascimento: 11/10/1957

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 060

Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: ADELAIDE MODESTA LEAL

RG:

Nº 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS: 1785752445

Motivo: ATROPELAMENTO

Atend: 22/01/2018

CONVÊNIO: SUS

Médico:

Hora: 07:36:06

Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abolição
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Craterismo
6. Cor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Errores de subcutâneo
10. Estenose
11. Equilíbrio
12. Fenda branca
13. Fenda de fogo
14. F. Contusão
15. F. Contusão
16. F. Contusão
17. F. Perforação
18. F. Perfuração
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico para doxai
28. Objeto Enforcado
29. Queimadura
30. Punctura
31. Punctura
32. Punctura
33. Queda
34. Rins
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIGNOSTICO 7 CID:

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

Assinatura e Carimbo do Médico:

De: Dr. Sales Court

Carimbo CRM 2158417

EXAME PRIMÁRIO - DADOS: N°

Emergência

Assinatura do Médico: *[Assinatura]*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: 5a02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *[Assinatura]*

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUZAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Detachable

Decreto de
Decreto de
Decreto de

Al presente Ora e de fe' mi doo a me

Two rules in 'Euler's theory'

Al + aquino fu xiao de tenydo

07-11-2007

Admitted 7/7/10

Chunarai Coo

Roberto Cimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM-3019 TEO-3403

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h.s.

{ Centro cirúrgico

```
{ }Intermagdo {Set{or}
```

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Índice

Ass. do Paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO/PROCEDIMENTO

IDADE



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

21/11/19

Nome: Antonio Duarte Leal
End: Emiliano Romualdo Silva Bairro: Boqueirão
Data de Nascimento: 11.10.1957 Documento de Identificação: _____
Queixa: Atropela Data do Atend.: 22.03.18 Hora: 07:30 Documento: _____
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

mente

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fácis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☐ Normocrada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

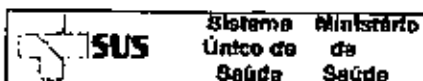
Amarelo
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Herla Hany da S. Cavalcanti

ENFERMEIRA
Assinatura e carimbo profissional

Data da internação: 22/01/2018 Hora: 09:15:21



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO DUARTE LEAL

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1584507

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/10/1957

9 - SEXO

Masc ☒ Fm ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ADELAIDE MODESTA LEAL

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

EMILIANO ROSENDO DA SILVA, 0, BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CDD/PROF MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e deformidade

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

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

Rx

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura luxação tornozelo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de fratura tornozelo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

980016283392321

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RODOLFO COIMBRA BATISTA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/01/2018

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

Rodolfo Coimbra
Otorrinolaringologista
CRM 6999 TEOP 13403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO RELHETE

38 - SÉRIE

34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

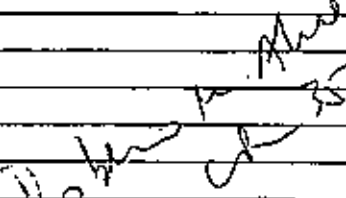
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Antônio Duarte Neto</u>	Idade: <u>60</u>
Convênio: <u>SOS</u>	Data: <u>01/02/19</u>
Procedimento: <u>Trt cirurg. fratura de TNZ</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Halson</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u>Dr. Womde</u>	
Início: <u>13:30</u>	Término: <u>14:30</u>
Anestesia <u>Rasqui</u>	

[illegible][illegible]

Observações:	
 Assinatura Anestesista	
Circulante	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 23.616.007-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/OUT/2007

NOME ANTONIO DUARTE LEAL

FILIAÇÃO SEVERINO AUGUSTINHO LEAL

E ADELAIDE AMELIA DUARTE

NATURALIDADE AROEIRAS -PB DATA DE NASCIMENTO 11/OUT/1957

DOC ORIGEM AROEIRAS -PB AROEIRAS

CN: LV.A1 /FLS.128 /N.000511

CPF 034167228/92

ASSINATURA DO DETENTOR

11/10/2007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

034.167.228-92

Nome

ANTONIO DUARTE LEAL

Nascimento

11/10/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

C7EE.8DFA.19CC.73BF

A validade deste comprovante de inscrição é confirmada na internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido por

Secretaria de Receita Federal do Brasil

18:30:39 de 27/08/2013 (hora e data de emissão)

Órgão emissor: DD

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242748/18
Vítima: ANTONIO DUARTE LEAL
CPF: 034.167.228-92

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/01/2018
Titular do CPF: ANTONIO DUARTE LEAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros



ANTONIO DUARTE LEAL : 034.167.228-92
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2018
Nome: ANTONIO DUARTE LEAL
CPF/CNPJ: 034.167.228-92

ANTONIO DUARTE LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio do Quarte Leite
DATA DO ACIDENTE 22/01/2018 CPF DA VÍTIMA 03446722892
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É pai Quarte Leite
ENDEREÇO DO PORTADOR rua Emanuel Rosendo da Silva
Nº 95 COMPLEMENTO bloco 11201 BAIRRO Prodoconga
CIDADE Casimiro UF _____ CEP 58431000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 8665 8535

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26/06/2018 SIO
IDENTIDADE 23616007-2 SE
ASSINATURA Antonio do Quarte Leite

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 26/06/18 MATR. CORREIOS 8477835-0
NOME Waldo Camaro
ASSINATURA Waldo Camaro

De: José Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309431

Data do acidente: 22/01/2018

Vítima: ANTONIO DUARTE LEAL

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Campina Grande

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A

Data: 12/07/2018 10:22:41

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			504,00	0,00
Farmácias			144,00	144,00
Total da Análise Atual			648,00	144,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** NOTA FISCAL Nº 40179 NÃO FOI AVALIADA, POIS, FALTA INDICAÇÃO MÉDICA COM CARIMBO E CRM DO ESPECIALISTA INFORMANDO A QUANTIDADE DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA A SEREM REALIZADAS.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ANTONIO DUARTE LEAL Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	648,00	144,00	144,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	648,00	144,00	144,00

TOTAL PLEITEADO: 648,00**TOTAL AVALIADO:** 144,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 144,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA