

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

115.840.124-80

Nome completo da vítima

José Cláudio Gomes de Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Cláudio Gomes de Lima	115.840.124-80	DESEMPREGADO
Endereço	Número	Complemento
RUA PROF. FRANCISCO MORA WANDERLEY	188	
Bairro	Estado	CEP
MANGABEIRAS	PB	58056-670
Email	Telefone (DDD) 83 98630-1130	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
BANCO DO BRASIL			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3501	7	59793	8

(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pessoa, 20 de Fevereiro de 2018

Local e Data

A José Cláudio Gomes de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

101 V001/2017



## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Cláudio Gomes de Lima

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (EX.: 10/01/2018)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - INVALIDEZ PERMANENTE: R\$ 13.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS MÉDICAS (DAMS). REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA José Cláudio Gomes de Lima

IDEN

SIGNATURA





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Jose Claudio Gomes de Lima*

CPF da Vítima

*115.840.124-80*

Data do Acidente

*17/10/2017*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*João Pessoa, 16 de Fevereiro de 2018*

Local e Data

*7 José Claudio Gomes de Lima*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
**Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital**



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00287.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00287.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:33 horas do dia 16 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jose Claudio Gomes de Lima**, CPF nº 115.840.124-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Creuda Ferreira de Lima Silva e Jose Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/08/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prof. Francisco Maia Wanderley, Nº 188, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Antigo Fantástico Clube, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 32391-259.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Josefa Taveira, Próximo Ao Casa Tudo, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/17 14:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que ao atravessar a via pela faixa de pedestres foi atropelado por uma MOTO HONDA/CG 125 FAN, PRETA, PLACA MNZ 7857/PB, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de fevereiro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigacao

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00287.01.2018.1.00.420



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 23/03/2018 23:30:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032323252809800000012925855>  
Número do documento: 18032323252809800000012925855

Num. 13232299 - Pág. 1



VISTO EM: 23/10/2017

  
Comandante do BAPH

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 20 de Outubro de 2017.

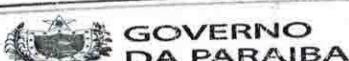
**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 418/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 17/10/2017, conforme requerimento nº 396/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 14h30min o/a Sr.(a) JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA, CPF: 115.840.124-80, vítima de acidente de transito (atropelamento), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **SOLDADO BM MANOEL JOSE DE ALMEIDA NETO**, Matrícula: 525.810-3. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura no punho e dores na cervical. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza - SD BM Mat. 523.518-9**, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

**Josinete B. S. dos Santos**  
TEN. QOABM- 517240-3

**Chefe da 3ª Seção**



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	13/08/97
NOME DA MÃE	CREUDA FERREIRA DE LIMA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.034.925
DATA DO ATENDIMENTO	17/10/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), refere perda da consciência no local do acidente. Nega cefaleia e nega vômito. Refere dor em punho direito, com limitação funcional. Torax e abdomen sem alterações. Presença de fratura de rádio distal direito, cominutiva e desviada. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pactuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de punho direito
RX de antebraço direito
RX de mão direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal direito.

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	17/10/17
DATA DA EMISSÃO:	15/01/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





33

## CERTIDÃO

Nº. 1771/2017

Atendendo solicitação de **JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 70145 e prontuário de nº 2017.10.002628 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 18/10/2017 às 07h53min, vítima de atropelamento apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escoré Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, declaro e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de dezembro de 2017

Rosângela M. Escoré Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) CNPJ:

Ficha Nr: 70145 Attd: Nao Regulac  
Data: 18/10/2017  
Hora: 07:53:36  
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAM  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 706009331272840 Sexo: M IDENTIDADE: 4036344 Fone: 988137707  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/08/1997 Id: 20 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: CREUDA FERREIRA DE LIMA SILVA Pai: JOSE GOMES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE.

Telefone/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TAXI

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO AS 14HRS DIA 17/10

Vitima de violência por: POR MOTO NA JOSEFA TAVERA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: ER:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queda Principal

FRATURA DE RADIO DISTAL.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Fractura de radio distal com deslocamento  
e edema

Diagnóstico

| Conduta

ATO conservador

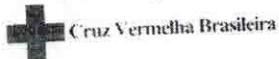
Fractura de radio distal

Prescrição

| Horário da medicacão

Dr. Cavalcanti  
CRM 10528  
Dr. Tarsen





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1034925

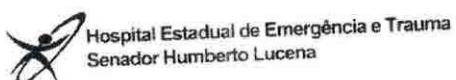
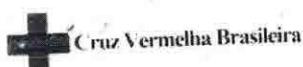


Identificação do paciente			
ID 1220934	Nome JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20 anos 2 meses 4 dias	Estado civil	Religião
Mãe CREUDA FERREIRA DE LIMA	Pai JOSE GOMES DA SILVA		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) CREUDA FERREIRA DE LIMA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988137707	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crs	
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58056670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY
Número 188	Complemento	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 17/10/2017 15:03:36	Número da pulseira <b>1000006312069</b>	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X _____ mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos <i>Paciente vítima de atropelamento consciente, orientado, encaminhado ao EDI, nega H1 SPM, alergia</i>			
Diagnóstico			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			

Imprimir

Dr. Janaina da Costa Gama  
Médico Emergente  
49569-0000  
Coronel





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA</b>	BAE <b>1034925</b>	Data/Hora Entrada <b>17/10/2017 15:03:36</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>13/08/1997</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988137707</b>
Mãe <b>CREUDA FERREIRA DE LIMA</b>			Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>10837/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>17/10/2017 15:03:36</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/10/2017 15:16:36</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula	Senha

### Anamnese

Paciente vítima de atropelamento por motocicleta há +- 1h. Trazido pelo corpo de bombeiros em uso de colar cervical. Refere perda da consciência no local. Nega cefaléia e vômitos. Referindo dores em punho direito com limitação de movimento do mesmo. Sem queixas de dor torácica e abdominal.

Glasgow 15

Hematoma em couro cabeludo

Edema em punho direito

Abdômen plano, depressível e indolor

- CD: 1)Parecer da neurocirurgia  
2) Rx de tórax e punho direito  
3) Parecer da Ortopedia  
4) Dipirona 1g EV

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSIM)

Diluir

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

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

Dr. Vildomar Belmiro Jr

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

Ortopedia

CREMEPE 18687

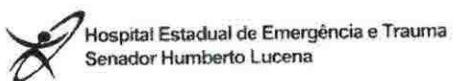
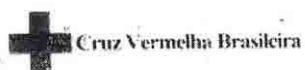
CRM-PB 10837

CID10

igo Descrição

Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito

17/10/2017 172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=125967&pesquisa=S&perform=i...



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA</b>	BAE <b>1034925</b>	Data/Hora Entrada <b>17/10/2017 15:03:36</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>13/08/1997</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>CREUDA FERREIRA DE LIMA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988137707</b>
Endereço <b>PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA</b>	Nº Cons. Regional <b>5804/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>17/10/2017 15:03:36</b>	Data/Hora Prescrição <b>17/10/2017 19:07:36</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

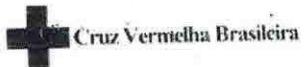
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM PUNHO D. APRESENTANDO: DOR, EDEMA E DEFORMIDADE;  
RX: FRATURA RÁDIO DISTAL COMINUTIVA E DESVIADA;  
CD: INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO; IMOBILIZAÇÃO;  
CONFORME PACTUAÇÃO, PACIENTE ENCAMINHADO P/ TRAUMINHA APÓS LIBERAÇÃO DA NEURO.

### Conduta

Em observação

Dr. Kartney Sarmento  
Sarmento  
Kartney  
Francisco Kartney Sarmento Pedrosa  
(5804/PB)

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA</b>	BAE <b>1034925</b>	Data/Hora Entrada <b>17/10/2017 15:03:36</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>13/08/1997</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988137707</b>
Mãe <b>CREUDA FERREIRA DE LIMA</b>			Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>JIM UMBERTO CANTISANI NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>7765/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>17/10/2017 15:03:36</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/10/2017 20:33:55</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

#NEUROCIRURGIA#

TCE LEVE HJ COM PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL

AO EXAME: SEM DEFICITS APENDICULARES  
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS

CD: TC DE CRANIO

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

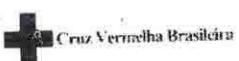
### Conduta

Em observação

*Dr. Jim U. Cantisani Neto*  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
JIM UMBERTO CANTISANI NETO  
(7765/PB)

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA</b>	BAE 1034925	Data/Hora Entrada 17/10/2017 15:03:36	Data Baixa 2017-10-17 21:49:24.0
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988137707
Mãe <b>CREUDA FERREIRA DE LIMA</b>			Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>	Nº Cons. Regional 7104/PB
Data/Hora Classificação 17/10/2017 15:03:36		Data/Hora Prescrição 17/10/2017 21:49:43	
Convenio SUS		Nº Matricula	Senha

### Anamnese

#NEUROCIRURGIA#

TCE LEVE HJ COM PERDA DE CONSCIÉNCIA NO LOCAL

AO EXAME: SEM DEFICITS APENDICULARES  
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS

CD: TC DE CRANIO

## PARECER NEUROCIR

TC CRANIO NORMAL

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA. ALTA. AGUARDA ATESTADO DO ORTOPEDISTA.

### Conduta

Alta médica

### Alta Hospitalar

Usuário  
**ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS**  
Motivo de Alta  
**ALTA HOSPITALAR**

Data e Hora  
17/10/2017 21:49:24

Observações  
**ALTA. SEGUIMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO ORTOPEDISTA**

**ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS**  
(7104/PB)

*Dr. Alecio C. E. Santos Barcelos  
Neurocirurgião  
CRM-PB 7104*

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA



**REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM**

Nome	JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA	Prontuário	
Data de	Nº Boletim Emergência		
13/08/1997	1034925	Material a examinar	

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE)  
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO  
RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA



17 de Outubro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preferir copias segundas para imagens e laboratório: análises clínicas

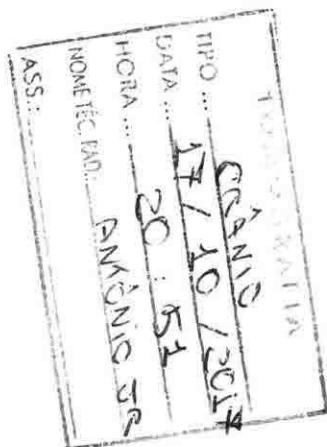


REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA	Prontuario
Data de nascimento	Nº Boletim Emergência 13/08/1997 1034925	

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO



ASS.: \_\_\_\_\_

17 de Outubro de 2017

  
Assinatura e Carimbo do Profissional  
Dr. Vinicius Neto  
CRM - 7765





Cruz Vermelha Brasileira  
Hospital Estadual de Emergência e Trauma



SENADOR HUMBERTO LUCENA



RUA ORESTES LISBOA, SN - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA	13/08/1997	20	MASCULINO	1034925	17/10/2017 15:16:36
ATROPELAMENTO		Posto de Trabalho	Leito		Prescrição válida a 17/10/2017 15:16:36

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL.	Via de	Veloc. Inf.	Possologia	Orientação de Uso	Apagamento
DIPRORONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA		<i>15/35</i>
1 Diluir em ÁGUA DESTILADA	8,0	ML						
2 PARECER ORTO	0,0							
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0							
NEUROCIRURGIA								

17 de Outubro de 2017

JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR  
CRM: 10837

Assinatura e Carimbo do Profissional

*Dr. Vildomar Belmiro Jr*  
Urologia  
CREMEPB 18687  
CRM-PB 10837





Atendimento: 000000852864

Idade: 20 anos

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Data: 17/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

*Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.*

### Análise:

Hematoma subgaleal parietal alto à direita.  
Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.  
Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.  
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.  
Não há desvio de estruturas da linha média.  
Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.  
Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

**Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.**

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 18/10/2017 06:48 .

  
**Dra. Melissa M. Leite Ferranti**  
CRM 6513 - PB





CRELDA FERREIRA DE LIMA  
RUA PROF FRANCISCO MÁIA VANDERLEY, 198 - MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58055-670 (AG: 1)  
Emissão: 17/01/2018 Referência: Jan / 2018 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Suporte: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOPÓLIO 42901-25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690  
Roteiro: 10-5-252-2820 Nº medidor: 00081239580 CNPJ: 09.985.183/0001-49 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000740974  
Ced. para Déb. Automático: 99004085643

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/RANI
Jan / 2018	17/01/2018	16/02/2018	39638189487 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/408564-3

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco, também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre gráteis(mos).

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/12/17.	Leratura 16493	Data 17/01/18	Leratura 16609	1
<b>Demonstrativo</b>				
Quantidade Tarifa(s) Valor Base Cál. Aliq. Ims(R\$) Base Cál. Pt(R\$) Cofins(R\$)				
CC1 Destinação	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pt/Cofins(R\$) Ims(R\$) / Pt/Cofins(R\$) (1,0353%) / 4,7857%			
0801 Consumo em kWh	115.000 0,714770 82,19 82,19 25 20,54 82,19 0,86 3,82			
0801 Adic. B Vermelha	3,12 2,12 25 0,53 2,12 0,02 0,10			
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIB SERV. ILUM.PÚBLICA	4,22 0,00 0 0,00 0,00 0,00			

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 88,53 04,21 21,07 84,91 0,87 4,02

Média últimos meses (kWh) 119 VENCIMENTO 06/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 88,53

Histórico de Consumo (kWh)  
114 | 131 | 116 | 117 | 111 | 100 | 137 | 120 | 120 | 120 | 109 | 128  
Dez/17 Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17

RESERVADO PARA  
d71b.3e7d.01b5.d8db.c21f.0321.bcf9.b333.

Indicadores de Qualidade 11/2017 - Mangabeira			Discriminação	Valor (R\$)	%
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)			
DCM MENSAL	9,19	0,00			
DCM TRIMESTRAL	10,38	NOMINAL	220		
DCM ANUAL	20,77				
PFC MENSAL	8,00	CONTRATADA	202		
PFC TRIMESTRAL	8,60	LIMITE INFERIOR	202		
PFC ANUAL	13,20	LIMITE SUPERIOR	231		
DMIC	2,94				
Total				88,53	100,00

