

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO**

Nº Sinistro: **3180470208**

Vitima: **SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO**

Data do Acidente: **27/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470208**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização 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 13454970



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

Nº Sinistro: 3180470208

Vitima: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

Data do Acidente: 27/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180470208**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



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

0367095/18

CPF da Vítima

08211049422

Nome completo da vítima

Sereno Sebastião Belizário

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Sereno Sebastião Belizário	CPF titular da conta	08211049422	Profissão	logicultor
Endereço	Sítio Bonmaíba	Número	hm	Complemento	
Bairro	Área Rural	Cidade	Sape	Estado	PB
Email		CEP	58340000	Telefone (DDD)	993212681

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Boixa

Nº

104

AGÊNCIA

Nº

0922

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

01806

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Sereno Sebastião Belizário 20 de setembro de 2018
Local e Data

Sereno Sebastião Belizário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante





AUTO-ATENDIMENTO - AG. SAPE

DATA: 11/07/2018

HORA: 12:56:08

TERMINAL: 09221908

CONTRM: 092219080193

AGENCIA: 0922 - SAPE

CONTA: 023.00001806-8

CLIENTE: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO

DIA	NR.DDC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	4,26C
		Julho	
04	000004	PARQUE-DES	954,00C
05	050035	SAQUE ATM	958,00C

RESUMO

SALDO	0,26C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00C
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,26C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,26C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

RETIRE NOVO EXTRATO SEM TARIFA A PARTIR
DO PRÓXIMO MES



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

Severino Sebastião Belizário

CPF da Vítima

08211049422

Data do Acidente

27/09/2018

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 pericia médica solicitada pela Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 1º 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



20 de setembro de 2018

Local e Data

Severino Sebastião Belizário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DIVISÃO MÉDICA
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Severino Sebastião Belizário
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1988
NOME DA MÃE: Maria Ana da Silva

DADOS EXTRAÍDOS
BAE Nº: 149.321
DATA DE ENTRADA: 27/09/2016
HORA DO ATENDIMENTO: 21:59h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AValiação Inicial: Paciente vítima de queda de moto, estava sem capacete, bateu a cabeça. Nega perda de consciência. Refere sangramento nasal no momento do acidente (sic). Nega alergias. Nega vômitos e náuseas.

Ao Exame: Consciente e orientado, sem sonolência.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X de crânio. Solicitado avaliação neurológica. Paciente é encaminhado para conduta e avaliação especializada em Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

MEDICAÇÕES: Dipirona Sódica, Diclofenaco sódico.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 28/08/2018

Dr. Frederico Tácito
~~Diretor Técnico~~
Hospital Geral de Mamanguape
Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
HGM

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO
SIT CARVALDA S/A - AREA INPAI
SAPE / PB CEP: 56340000 (AO: 51)

Emissão: 31/05/2018 Referência: 10412018
Consumidor: RESC/ENCAL7 BARRA REJOA MONICA ROZTOP 238 KVA 25 Tensão: 138V/220V/380V PB - CEP: 56340000
Razão: 11 - 51 - 223 - 4815 Nº mensurador: 1003136468

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Endereço: Rua das Américas, 1000 - Jd. América - São Paulo - SP - CEP: 04062-000

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista próxima leitura

Mai / 2018 21/05/2018 20/06/2018 8211049422

UC (Unidade Consumidora): 514345078-4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Sebastião Belizário,

RG nº 3444396, data de expedição 10 / 05 / 06, Órgão SSP,

CPF nº 0821049422, 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>Sítio Bonanilha</u>
Número	<u>m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Áreas Rurais</u>
Cidade	<u>Sapê</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58340-000</u>
Telefone de Contato	<u>993212681</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 20/09/2018

Assinatura do Declarante: Severino Sebastião Belizário



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE

SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARDO

DATA DE NASCIMENTO

20/01/88

NOME DA MÃE

MARIA ANA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º

950.663

DATA DO ATENDIMENTO

28/09/16

HORA DO ATENDIMENTO

01:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S)

FRATURA NO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
ESQUERDO + FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO
FRATURAS DOS SEIOS MAXILARES

CID 10

S52.6 + S62.3 + S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, com colar cervical, com dor em ombro direito, nega perda de consciência. Abdomem semi queixas. Pupilas fotorreagentes. Glasgow 15. Presença de fratura no terço distal do antebraço esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo. Fraturas dos seios maxilares.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de punho esquerdo AP/P

RX de torax AP

Tomografia computadorizada de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fraturas no segmento distal de rádio esquerdo, no processo estilóide da ulna esquerda e no quinto metacarpo esquerdo.

TCC: Fratura no assoalho dos seios maxilares.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador das fraturas.

ALTA HOSPITALAR:

28/09/16

DATA DA EMISSÃO:

31/01/17

Dr. José de Almeida Braga

CRM-4329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 950663



Identificação do paciente				
ID 1087339	Nome SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 28 anos 6 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ANA DA SILVA	Pai SEBASTIAO PEDRO BELIZARIO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991942642	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3444386	Nº Cns		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SAPE	CBOR		
Endereço				
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro CARNAUBA	
Número SRN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 28/09/2016 01:24:49	Número da pulseira 947361	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
TUMORGRAFIA <i>Gravado</i> DATA: 28.09.16				
Diagnóstico				CID
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES				Tempo 05min 41seg



Imprimir

W. O. Brown

2/2/22

23/12/2023

13 July 1947

4000 3000

ORTOPEDIA-CRAMPB 1595
CN 108235374670009

[Handwritten signature]

*Transcription
of the July 1890
of de Mro 270
Friedrichhof
de Mro 270
Frédéric 270*



Seem distant much
of conversations /romboly
col: Alt end

1/522

Aspirante de Prof.

28.09.16

22



Primeiro Atendimento Médico

47381 BE: 950663
GOVERNADOR AGOSTINHO DELIZARIO
DT. NASC.: 20/01/1988
MAD.: MARIA ANA DA SILVA
END.: CARNAUBA
R. S/N - ZONA RURAL
CABE
FONE: ()
CELULAR: (33) 901842042
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 26/09/2016 01:24:45

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima do trauma de motocicleta.
Refere que não faz uso de cinto de segurança.
Veio de dentro, sozinho, com o
refere ter apresentado sintomas

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pélvicas ☐ Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ Sim
☐ Não
HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ lmp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normotônicas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN: insalutar

DÉRCIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

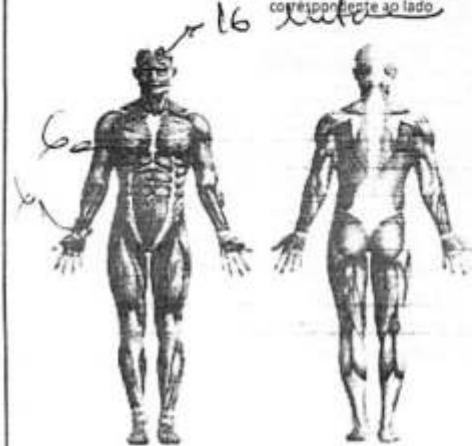
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não () Sim: Exento OK
 PATOLOGIA: ☒ Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☒ Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número
correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

() Radiografias () Lavado peritoneal
 () Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial
 () Tomografia computadorizada Exento () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<u>Atendimento imediato</u>		
2			
3			
4	<u>ST-Scool</u>		
5			
6			
7	<u>Diagnóstico de</u>		
8	<u>fratura de</u>		
9	<u>fratura de</u>		
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Un auto às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA 28, 09, 16
 SAÍDA 9 34
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde) _____
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

Dra. THAÍSSA AGUIAR
 NEUROLOGIA
 CRM 100000 CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

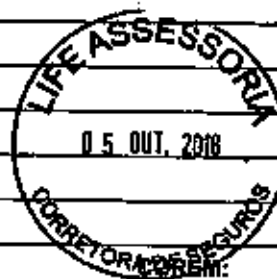


847301
SAVERINO EDASTIAS OLIVEIRAS
DT. NASC.: 20/02/1989
CNE: MARIA ANA DA SILVA
END.: CAMARUA
N. S/M - ZONA RURAL
DANE
FONE: ()
CELULAR: (82) 981842042
ZORDE: 38
DT. ENTRADA: 20/08/2016 DL: 22149

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDANE:	DATA:
PROCEDÊNCIA: () Domicílio () Ambulância de resgate () Ambulância SAMU () Polícia			
TIPO DE ACIDENTE: () Moto () Automóvel () Ônibus () Bicicleta () Atropelamento () Envenenamento () Incêndio () Explosão () Arma de Fogo () Arma branca () Outras			
TIPO DE LESÃO: () Fratura fechada () Ferimento aberto () Esmagamento () Laceração () Queimadura () Mordeduro () Objeto encaixado () Ferimento contínuo () Amputação membro () Outras			
LOCAL DA LESÃO: () Membro sup. () Membro inf. () Tronco () Cabeça e pescoço () Outras:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas):			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:			
EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____			
Sistema Neurológico: Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado Avaliação das pupilas: Simetria: () Isocóricas () Anisocóricas Tamanho: () Midríase () Miose			
Sistema Respiratório: () Ventilação invasiva () Ventilação espontânea () Vias aéreas pervias () Tranquieteria () Respiração rápida () Obstrução parcial das vias aéreas () Respiração ruidosa () Suporte ventilatório não invasivo () Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: () Pulso ausente () Pele fria e úmida () Perfusão tissular satisfatória () Taquicardia () Bradicardia () Perfusão tissular comprometida () Palidez () Outros:			
Sistema Digestório: () HDA () Uso de SNG () Vômitos () Dor à palpação superficial () HDB () Corpo estanho () Dor à palpação profunda () Rigidez abdominal () Distensão abdominal			
Sistema Genito-Urinário: () Disúria () Hematuria () Oligúria () Polúria () SVD () Outros			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: () Hipertensão () Diabetes () Câncer () Alergias () Cirurgias () Internações () Outras: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO? () Sim () Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? () Sim () Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:			
DESTINO: ENFERMEIRO:			





AValiação de Enfermagem

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

PROCEDÊNCIA:

() Domicílio () Ambulância de resgate () Ambulância SAMU () Polícia

Tipo de Acidente:

() Moto () Automóvel () Ônibus () Bicicleta () Atropelamento
() Envenenamento () Incêndio () Explosão () Arma de fogo () Arma branca () Outros

Tipo de Lesão:

() Fratura fechada () Ferimento aberto () Esmagamento () Laceração () Queimadura
() Mordedura () Objeto encaixado () Ferimento contuso () Amputação membro () Outros

Local da Lesão:

() Membro sup. () Membro inf. () Tronco () Cabeça e pescoço () Outros:

Dados Clínicos (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: _____ / _____ mmHg

P: _____ bpm

SpO2: _____

Tax: _____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: () Isocóricas () Anisocóricas
Tamanho: () Midríase () Miose

Sistema Respiratório:

() Ventilação invasiva () Ventilação espontânea () Vias aéreas pervias
() Tranqueostomia () Respiração rápida () Obstrução parcial das vias aéreas
() Respiração ruidosa () Suporte ventilatório não invasivo () Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

() Taquicardia () Bradicardia () Pulso ausente () Pele fria e umida
() Palidez () Outros: () Pertusão tissular satisfatória () Pertusão tissular comprometida

Sistema Digestório:

() HDA () HDB () Vômitos () Dor à palpação superficial
() Corpo estanho () Dor à palpação profunda () Rigidez abdon () Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polúria () SVD () Outros
() Hipertensão () Diabetes () Câncer () Alergias () Cirurgias

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

() Internações () Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

() Sim () Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TETANO?

() Sim () Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:





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

Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO -

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Fraturas no segmento distal do rádio, no processo estilóide da ulna e no quinto metacarpo, sem desvios significativos de fragmentos ósseos.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:44.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



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

Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar ou de coleção pleural.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca normal.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico do tórax dentro dos padrões da normalidade.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:45.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

REQUISIÇÃO DE
EXAMES



NOME: Severino Sebastião Belizário Nº. BE: 950663

SEXO: M () F () NASCIDO EM: 1/1 ENF. / LEITO: CLÍNICA:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL:

EXAMES SOLICITADOS:

- () HEMOGRAMA COMPLETO
() COAGULOGRAMA
() GLICEMIA DE JEJUM
() URÉIA
() CREATININA
() SÓDIO / POTÁSSIO
() GASOMETRIA
() SUMÁRIO DE URINA (EAS)

OUTROS:

RX tórax PA / Perfil

RX punho @ DP / Perfil

Exames Realizados

Def. Júnior

OBS.

28.09.16

DATA E HORA - SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO

DATA E HORA - COLETA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO COLETADOR

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL - 38 - CID 10 SECUNDÁRIO - 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

TUMOR GRAFTIA
Ordem
28.09.16

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

05 OUT. 2016

CORRETORA DE SEGUROS

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



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

Atendimento: 000000050642

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Idade: 28 anos

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO -

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Fraturas no segmento distal do rádio, no processo estilóide da ulna e no quinto metacarpo, sem desvios significativos de fragmentos ósseos.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:44.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

Atendimento: 000000050642

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Idade: 28 anos

Data: 28/09/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Exame realizado sob a indicação clínica de TCE.

Análise:

- Fratura no assoalho dos seios maxilares, associado a hemossinus.
- Conteúdo preenchendo o seio esfenoidal.
- Hematoma agudo subgaleal frontal esquerdo.
- Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

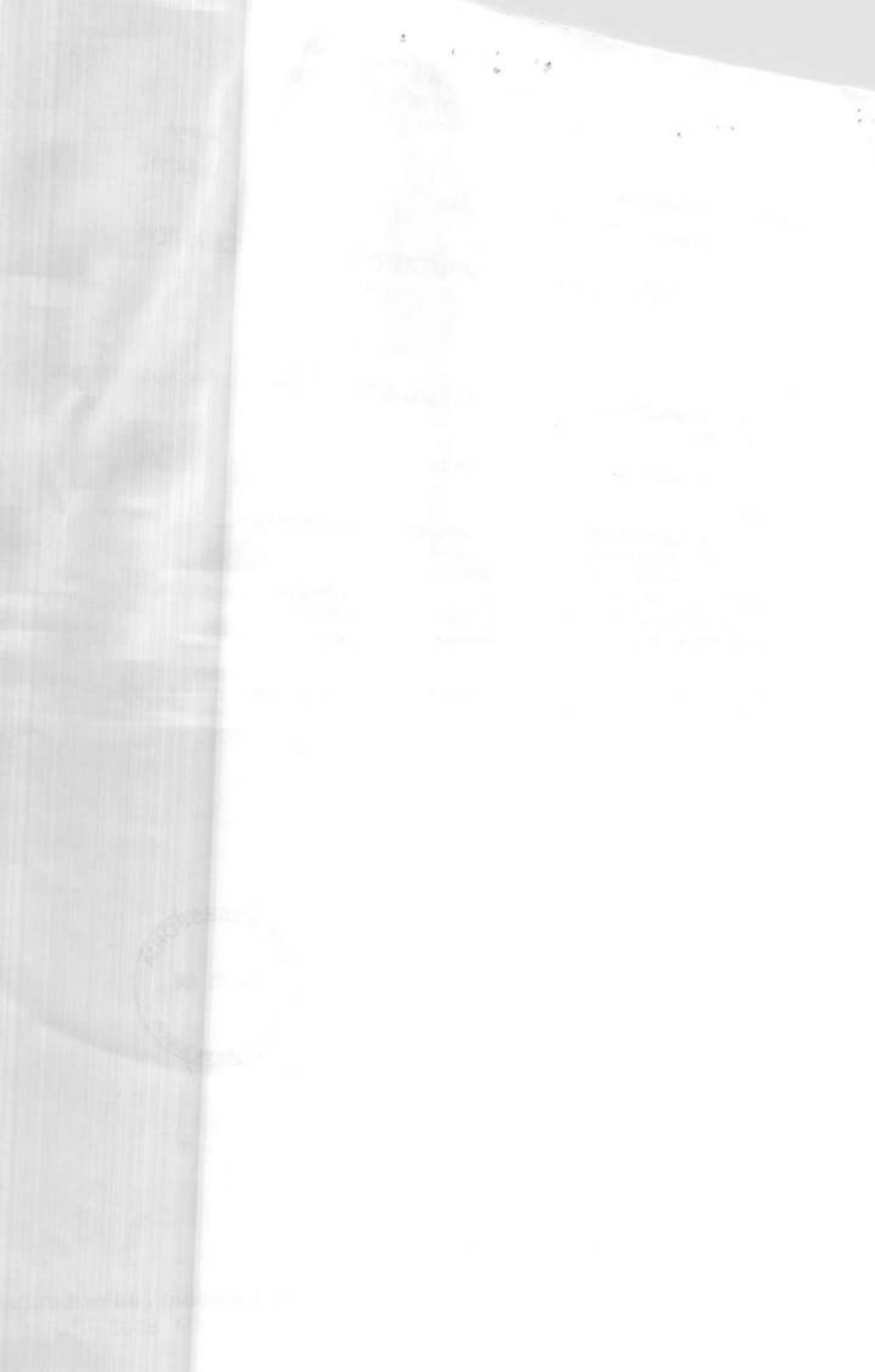
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 28/09/2016 08:25.



Dr. Lautionio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Severino Sebastião Belizario

DATA DO ACIDENTE 27/09/2016 CPF DA VÍTIMA 082.510.494-22

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Severino Sebastião Belizario

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Severino Sebastião Belizario

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Carmelita

Nº S/N COMPLEMENTO - BAIRRO Área Rural

CIDADE Sapir UF PB CEP 58340-000

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99321-2681

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 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
- ☒ 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 CONFIRMEM 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

- ☐ 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)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIRMEM 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 A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENCIÁRIO 194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/10/2018

IDENTIDADE 3444396

ASSINATURA Severino Sebastião Belizario

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____