
Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10985715

A/C: FABIO PEDRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170258558 ASL-0175303/17

Vitima: FABIO PEDRO DA SILVA

Data Acidente: 17/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. incorretas

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10987171

A/C: FABIO PEDRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170258558 ASL-0175303/17

Vitima: FABIO PEDRO DA SILVA

Data Acidente: 17/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº 11951911

a/c: FABIO PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3170258558 ASL-0175303/17
Vitima: FABIO PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

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, Fábio Pedro da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 3356991 EXPEDIDO POR SAP/PE EM 02/09/05
 CPF 098.143.814-00 /CNPJ _____ PROFISSÃO Agro cultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 5,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fábio Pedro da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 115/2012, 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 empresarial 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta e encaminhar 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 e/ou cópia escrita e/ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multíplo com informação de código de segurança.

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA ISOMÉNTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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.

Jálio Pessoa 14 de Março de 2017

LOCAL E DATA

Fábio Pedro da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAF garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, 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.dpvalsegurodotransituario.com.br ou entre para o SAC DPVAF - 0800 022 11 22

19/11/17

SAC 0800 726 0101
DUVIDA 0800 725 7474
DUVIDA 0800 725 7474

103 799627167-5

16/ABR/2017

HORA DE 14:34:12

DT: 13.14539-0

TERM: 012723

LOCALIDADE: PITIMBU

VINCULADA: 1033

CONTROLE: 005676652

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1033 013 00096250-8

FÁBIO PEDRO DA SILVA

:

[REDACTED]

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

103-799627167-5

SINCOR/PB

08 MAIO 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00383.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00383.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:19 horas do dia 23 de fevereiro de 2017, 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, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Fabio Pedro da Silva**, RG nº 3356991 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Zuleide Maria de Lima e Silva e Carlos Pedro da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 19/11/1986 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Nova Vida, complemento zona rural, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praia Bela, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99963-2667.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Pb 008, Acesso à Praia Bela, Pitimbu/PB; ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 17/07/16 19:00h. Tipificação: I.EI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Era garupa na motocicleta Honda fan, 2008, de cor preta, placa MOB2163 PB, conduzida por JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO, quando pararam para auxiliar vítimas de um acidente que acabara de ocorrer, quando foram abarreados por um veículo Toyota Hilux, de cor prata, não sabendo informar a placa, sofrendo fratura de clavícula, conforme laudo médico extraído pelo boletim de entrada nº 934191 anexo. Informa que o condutor da Hilux prestou toda assistência, razão pela qual o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o mesmo.

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

João Pessoa/PB, 23 de fevereiro de 2017.

ALCENIADE BARROS DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia

Fábio Pedro da Silva
FABIO PEDRO DA SILVA
Noticiante

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Fábio Pedro da Silveira, portador da carteira de identidade nº 3356991 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098143214-00, residente e domiciliado na Rua Presidente N° 50 Nova Viela, Cidade Pitimbu, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Fábio Pedro da Silveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa / 14 de Março de 2017

Local e data

SINCOR/PB

08 MAIO 2017



Comunicação ao paciente
08 MAIO 2017



SAMU
192

SINCOR/PB
08 MAIO 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Hora:	88:35
17/07/15	1353051	Edoáis Pedro da Silva	Idade:	29
Local da Ocorrência			Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.
			Bairro:	
			Médico Regulador:	Dra. Jucelice
Após 008 Rua: entrada Praia Bela, Itambé				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

TRAUMA CLÍNICO GINECO-OBSTÉTRICO
 TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE:
 OUTRO:

CINEMÁTICA: vítima apresentava-se
O1 capacidade, em choque
consciente.

EXAME FÍSICO:

PÁLIDO / CIANÓTICO / ICTÉRICO / SUDOREICO / PELE FRIA
 PELE ÚMIDA / ISOCÓRICO / ANISOCÓRICO / MIÓTICO
 DOR: Trauma - LOCAL

DISPNEIA / TAQUIPNEIA / HEMATÊMSE / HEMOPTISE /

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL

escoriações face frontal, braço D, E, cotovelo + MTE + pé

ESTADO:

Lugar: Hospital Trauma Responsável: Marcos Vieira Funcção: _____

DADOS VITAIS:

VVA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 ipm < 30 ipm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal PAS: > 90 mm Hg < 90 mm Hg

PA: _____ PC: 101 FR: _____ GLICEMIA: _____ E. Com: 85 SpO2 s/02: 99 SpO2 e/02: _____ T: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____
- INTERVENÇÕES: AVF, imobilizações cont. protocolos.
- EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Quando acionado vi paciente cl. multíprias escoriações, edema grau x motoxpiracôbre. Dr. B.P.G agente de ambulância da moto, encontrava-o consciente, orientado, colaborativo. Alegou que a capacidade pul. no momento da colisão, com escoriações em face frontal, braço D, E.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Weslley COREN: 31619 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Jhovine COREN: _____

CONDUTOR: Túlio Silveira SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

Estiveram + MTE no local. Encaminhado para o hospital.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Pedro da Silva,

RG nº 3356991, data de expedição 02/04/05 Órgão SSP/PB.

CPF nº 098.143.214-00, 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 (Rue/Avenida/Praça)	<u>Rua Profeta da Nova Vida</u>
Número	<u> Nº 50</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Nova Vida</u>
Cidade	<u>Pitimbu - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>583224000</u>
Telefone de Contato	<u>999632667</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - PR - 03/2017

Assinatura do Declarante: Fábio Pedro da Silva

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

ZULMIDE MARIA DE LIMA E SILVA
RUA APARECIDA, 50 - NOVA VIDA
PITIMBU/PB CEP 5834000 (AG. 18)

Classe/Suporte RESIDENCIAL /BAIXA RENDA/NON FASICO B120 Km 25 - Crato Redutor - Jataí Pecuária/PB - CEP 58071-000
Referência Jun/2016 CNPJ 09 095 180 0001-40 Isc Est 18015-B22-0
Nº medidor: 02001050848 Emissão 23/06/2016
Nota Fiscal/Cópia de Nota Fiscal Nro 0104709
Código para QNBR: Automatizado: 0001121123

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1126172-4

Canal de contato:

Jun / 2016

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE mencionada pela Lei
 nº 10.439, de 26 de abril de 2002

Apresentação

23/06/2016

Data prevista da
próxima leitura

28/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3728281428

000-000-0000-0000

Faturas em atraso

		Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
		24/05/16 14558	23/06/16 14568	1	83	30

Demonstrativo

	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
	Consumo ate 30KWh BR	39	0,14483	4,33
	Consumo 31 a 100KWh-BR	63	0,24780	15,82
	Subsídio			19,63
	ICMS			14,19
	PIS			0,82
	COFINS			2,88

LIGAMENTOS DE SERVIÇOS

CONTRIBUÇÃO UEM PÚBLICA	0,00
AUROS DE NOVA BR/2016	0,40
MULTA BR/2016	1,01
Devolução Subsídio	-16,83

Histórico de Consumo
(kWh)

Maio16	82
Abril16	114
Março16	77
Fever16	122
Jane16	103
Dez15	104
Nov15	102
Out15	111
Set15	127
Ago15	158
Jul15	139
Jun16	168

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

120 kWh

01/07/2016

R\$ 45,89

58a6.0e56.9124.a3cc.bdb5.56fe.4492.4e1e.

Indicadores de Qualidade 412016-Mita Redonda

Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
OCOMENSAL	11,60	0,20
OIC TRIMESTRAL	23,64	NOMINAL
OIC ANUAL	47,78	220
FC MENSAL	9,30	CONFIRADA
FC TRIMESTRAL	18,54	TOUTE SUPERIOR
OICANUAL	39,00	220
OICANU	8,5-	0,20
OICANU	16,20	LIMITESUPERIOR

Observação	Valor (R\$)	%
Emissor de Dct da Energisa/PB	7,37	16,00
Comprede Energia	0,86	1,85
Serviço de Telecomunicação	0,58	1,28
Energia Sistêmica	2,34	5,10
Impostos Diretos e Encargos	75,54	58,23
Outras Serviços	0,00	0,00
Total	46,69	100,00

Valor do DUSD (R\$ 472016) R\$ 14,19

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO. Caso(s) fatura(s) acima referenciada(s) permaneça(m) em atraso o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/07/2016 Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possibilidade de débito de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esse item;

Nota: sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não implementado.

- Sua unidade (fatura) é classificada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$13,03

- Letra confirmada

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

C/ C.R. 21

PARAÍBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Ribeiro, 15 - 18 - 274 - 3690
Matrícula: 1126172-2016-05-5

01/07/2016

R\$ 45,89

83680000000-9 45890054000-8 11261722016-8 06500190019-3





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Barros dos Santos Monteiro,

RG nº 2718 094, data de expedição 22/5/13,

Órgão SSP, portador do CPF nº 065 559 584-80, com
domicílio na cidade de Altamira, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projetada, nº 3.

complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio Pedro da Silva, cujo o condutor era
João Barros dos Santos Monteiro.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Fan

Ano: 2008

Placa: MZG 2463

Chassi:

Data do Acidente: 17/07/2016

Local e Data: João Pessoa, 14/03/16



Venom Braga
Notariais



Joaquim Ribeiro dos Santos Monteiro

(Assinatura do Declarante)

)

Fábio Pedro da Silva

(Assinatura do Condutor)(caso seja um terceiro que não é vitima/reclamante do sinistro.)

)

SINCOR/PB

08 MAIO 2017



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 Fabio Pedro da Silva

DATA DE NASCIMENTO 19/11/86

NOME DA MÃE Zuleide Maria de Lima e Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 934191

DATA DO ATENDIMENTO 17/07/16

HORA DO ATENDIMENTO 20:58

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula D.

CID 10 S42.0

SINCOR/PB
08 MAIO 2017

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor torácica, ombro D, região esternal e nariz, mega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela BMF, Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coluna cervical, tórax, bacia, ombro D, face

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula D (velpeaux gessado)

ALTA HOSPITALAR: 17/07/16

DATA DA EMISSÃO: 05/12/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/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



ACOLHIMENTO, an - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 934191



Identificação do paciente

ID 1080004	Nome FABIO PEDRO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/11/1988	Idade 29 anos 7 meses 26 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA		Pai	
Espiratidado		Responsável (Parentesco) CARLOS PEDRO - IRMÃO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996424678	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3356991	Nº Crs	
Lugar da procedência PITIMBU		Type MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R	

Endereço

CEP 58324972	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro NOVA VIDA, SIN
Número SN	Complexeo ZONA RURAL		Bairro CENTRO

Amissão

Data e Hora 17/07/2016 20:58:58	Número da pulseira 4215829	Coronário SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

CID

Tempo
03min 37seg

Imprimir

26/09



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

4215629 BE 934191
FABRÍCIO PEDRO DA SILVA
DT. MASC. / 19/11/1986
MAR: ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: NOVA VIDA, SAN
N. EN - CENTRO
PIRESCA
FONE: (82) 806470456
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 17/03/2016 20:58:36

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de cima moto x corre, em cima de capuchinho (o mesmo foi atingido). Perda de consciência ou convulsões. Frenho-a de dor torácica em região esternal e no ombro.

SINCOR/PB
08 MAIO 2017

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Pêrvias Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTO:	<input type="checkbox"/> Presente e normal	HTE:	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Diminuído		<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Ausente			

2 - RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	HTO:	Roncos	HTE:	Roncos
<input type="checkbox"/> Não		Sibilos		Sibilos
		Esteriores		Esteriores

FR: Imp SaO₂: %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal Pálida Cianótica

Pletórica Ictérica

Normal Ocrea Fria

Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCUTA CARDIÁCA

Regular Irregular Ausente

Normatonéticas Hipofonéticas

Hipofonéticas Ausente

Presente Ausente

BE OU 84 Sim Não

FC: bpm PA: mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN: flácido, indolor

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotorreageente

Paralisadas

Isocônicas

Anisocônicas

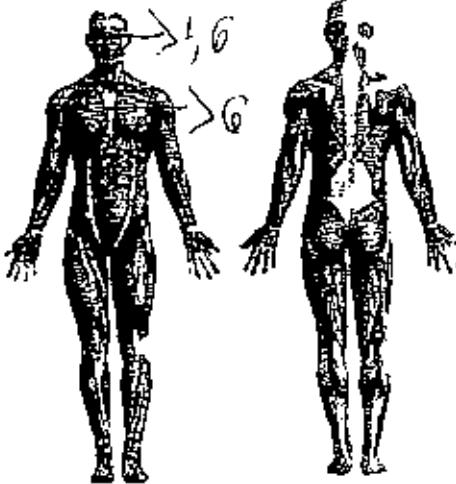
(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esportânea	/	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	/	Obedece aos comandos	/
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
TOTAL:				Nenhuma	1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →		
		1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corte-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36
			

DOS.: _____

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 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Jº citofundamento		
2			
3	SRL 500ml 6U aguda → 2/2		
4			
5	Dipiridam 4g + ADU eu aguda → 2/2		
6	Tibatil 20mg + ADU eu aguda → 2/2		
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da DME / Outro profissional às :00 do dia 08/05/2017
 Solicito parecer da _____ / _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____ / _____ / _____
 SAÍDA: _____ / _____ / _____
 HORAS: _____ / _____ / _____
 DESTINO: Centro cirúrgico
 Transferência (unidade de saúde)
 Internado (setor)
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

Dra. Jose Beatriz Souza Pinto Ribeiro
Ortopedia
CRM-PB 45183

ASSINATURA/CARIMBO

SINCOR/PB

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: 08 MAIO 2017



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Evolução do paciente



SE 934191

6215929
FABIO REGO DA SILVA
DT. Nasc 19/11/1986
NRE. ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA

BE/PRONTUÁRIO

Dado - NOVA VIDA S/N
N. SN - CENTRO
PITTBURGO
FONE: 43
CELULAR: (031) 988424678
CIDADE: 28
DT. ENTRADA 17/07/2016 20:16:00

Nome do paciente

Descrição da evolução

Data	Hora	Descrição da evolução
	07/07/2016	<p>Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando trauma em face. Nevas desmaiou e vomitou no momento em RCE, consciente orientado contactante com queixa de dor intensa em ómnia (1). As lesões visíveis de desgau eram palpável em face. Sem queixas de alterações visuais oculares ou de vias aéreas superiores. Oncorragias extensas em frontal a (1) + região paranasal (2). São sinais clínicos que radiografias auxiliadoras de fraturas em face.</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Dolor clínico (2) Orienta cuidados (3) Alta da GMF (4) Solicita avaliação da Ortopedia <p style="text-align: right;">SACOR/PB</p> <p>Ano: 2016 Data: 17/07/2016 Cirurgião: Edson Maxilofacial</p> <p>André Pacheco Família Coração dr. Cláudia Sampaio Conselho - Vilfredo Sampaio</p>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: FABIO PEDRO DA SILVA
BE: 934191
DATA: 19/7/2016 15:08
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/07/2016.

RX. COLUNA CERVICAL P
VÉRTEBRAS CERVICais VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARENCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÉNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. OMBRO DIREITO AP
FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

RX. DA FACE
ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEIA NORMAIS.
NÃO VISIBILIZAMOS IMAGEM DE FRATURA.

SINCOR/PB

08 MAIO 2017

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

18

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900

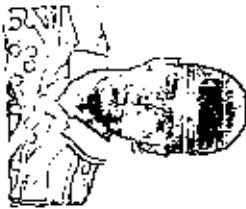
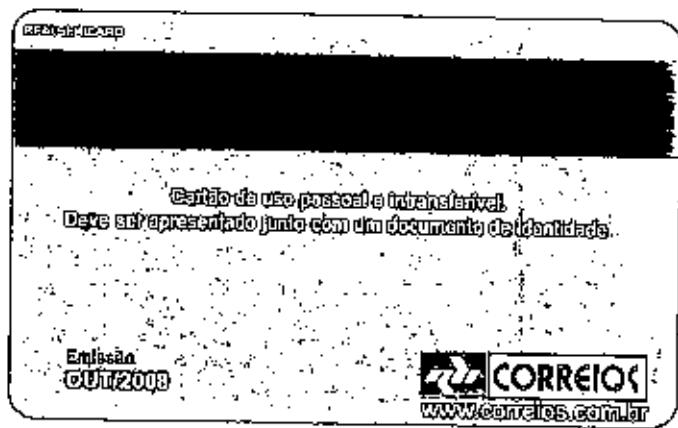


Foto: *[Signature]*
Assinatura do Oficial

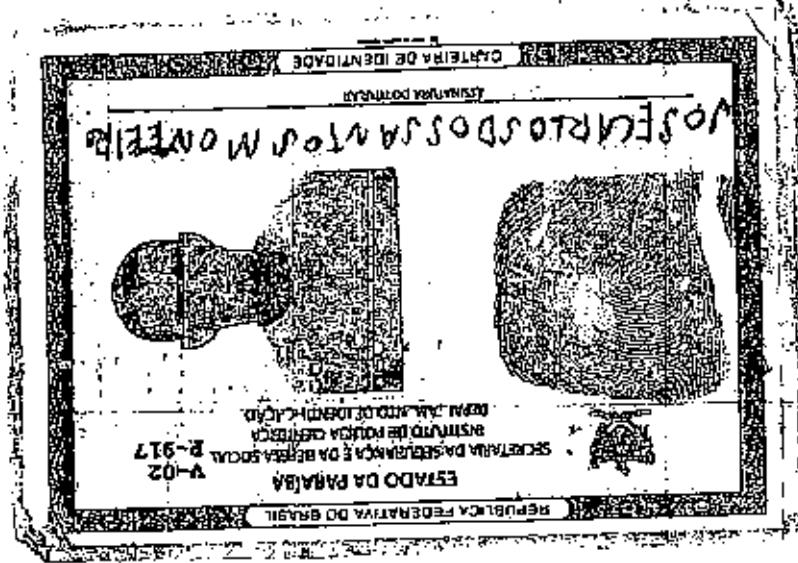
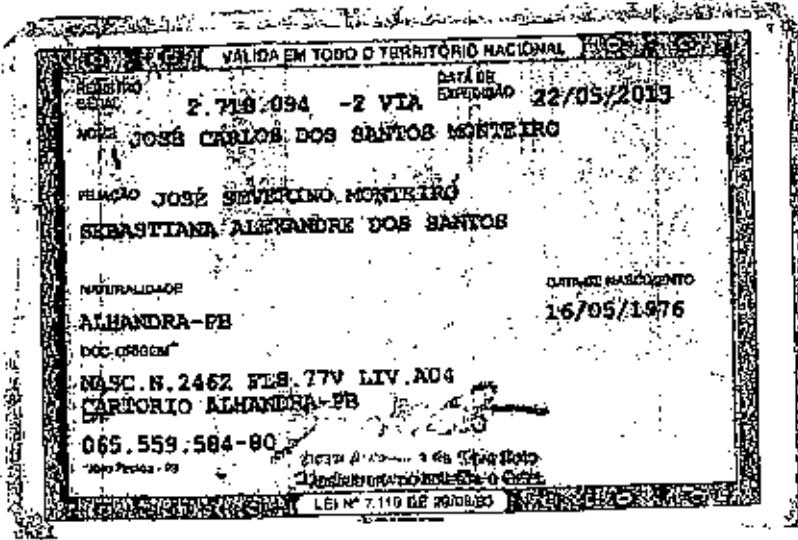
CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO
SERIAL
NOME
CARLOS PEDRO DA SILVA
DATA DE EMISSÃO
12 SET 2005
CARLOS PEDRO DA SILVA
FILHO
NASCIMENTO
19.11.1986
NATURALIDADE
Cert. Nascm. 37788-fls.162-LivAll9
Cart. de São Lourenço da Mata-
PE
CPF
João Pessoa - PB
Data de emissão: 12/09/2005
Data de validade: 11/09/2016
Cartão de uso pessoal e intransférivel.
Deve ser apresentado juntamente com um documento de identidade.
CORREIOS
www.correios.com.br



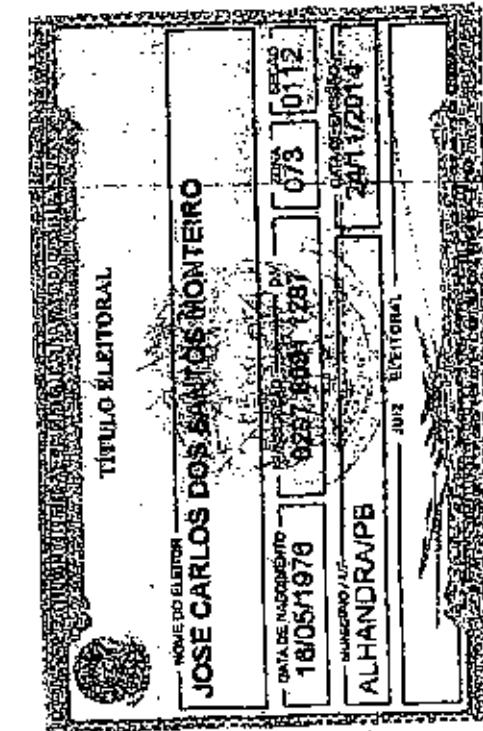
SINCOR/PB

08 MAIO 2017



SINCOR/PB

09 May 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB N° 012507723914
CERTIFICADO DE REGISTRO ELETRÔNICO DE VEÍCULO E SÍCULO
VIA 1, 0090862997-6 00/00000000 EX2016

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

06555958680

MUB21637/PB

Nº DOCUMENTO DE PESO: PC23030708RS598837

PAS/MOTOCICLETA/ABRIGO APLIQUÉ

CARRO/VEÍCULA

HONDA/CG 125 FAN

2016, 2000 KILO

CLP 2016 / CI - PARTE DA - PRINCIPAL

PRINCIPAL / PARTE DA - PRINCIPAL

IPVA 08/000/EM 14/06/2016 VENC / COTAS

1^a

V * 0 PARCELAMENTO / COTAS

2^a

A * 0 PARCELAMENTO / COTAS

3^a

PREVISÃO DE VENCIMENTO (RS) - SEGURO PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) - DATA (DD/MM/AA) 16/06/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ALIANÇA



14/06/2016
DATA
16080

SEGURADO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS

PB N° 012507723914



AT

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
06555958480 MUB2163/PB
www.dpvatasegurodetranito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 14/06/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

VIA:	CPF/CNPJ	PLACA
RENAVAM	MARCA / MODELO	
ANO/FABR.: 2016	IN CHASSI	MUB2163/PB
00958623376	HONDA/CG 125 FAN	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
2008 (RS) 9	16080	VALOR DO SEGURO (RS)
CUSTO DO BILHETE (RS)	IOP (RS)	VALOR PAGO DE R\$ 00,00
*****	SEGURADO	PAGO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> DATA DEQUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.349.804/0001-04

16080-17503974201608014

RECORDE

SINCOR/PB

08 MAIO 2017