

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CARLIETE LOPES SOARES**

Nº Sinistro: **3180067341**

Vitima: **CARLIETE LOPES SOARES**

Data do Acidente: **05/01/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180067341**.

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 12382149



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CARLIETE LOPES SOARES**

Nº Sinistro: **3180067341**

Vitima: **CARLIETE LOPES SOARES**

Data do Acidente: **05/01/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180067341**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, 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

Carta nº 12384365



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CARLIETE LOPES SOARES**

Nº Sinistro: **3180067341**

Vítima: **CARLIETE LOPES SOARES**

Data do Acidente: **05/01/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180067341**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/01/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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 IMPORTANTES:

Este formulário destina-se, exclusivamente, ao pedido de **Reembolso de Despesas Médicas** pagas por Pessoa Jurídica proprietária de veículos da **Categoria 3 e 4**, conforme determina o Cod. Civil no termos do **Art. 346, III.** A conta informada precisa estar regularizada, ativa, desbloqueada ou sem impedimento para crédito do reembolso.

É necessário anexar cópia dos documentos de identidade, CPF, Comprovante de Residência do(s) Responsável(is) Legal(is) da Empresa, Contrato Social, Cartão do CNPJ, e o Termo de Quitação disponível para impressão no endereço abaixo:

<https://www.seguradoralider.com.br/Documents/documentos/Termo-de-declaracao-quitacao-para-categoria-3-4.pdf>

Número do Sinistro ou ASL		CPF da Vítima 065.829.874/70		Nome completo da vítima Carliete Lopes Soares	
Razão Social			Número CNPJ		
Atividade Principal			Telefone		
Nome Completo do Sócio, Administrador ou Responsável Legal signatário(a) da presente				CPF	
Endereço da Empresa			Número	Complemento	
Bairro	Cidade		Estado	CEP	
Email				Telefone (DDD)	
Declaro(amos), sob as penas da lei e para fins de prova de logradouro junto a Seguradora Líder - DPVAT, que o endereço cadastral da empresa é o descrito acima. Segue, em anexo, uma cópia do comprovante do endereço informado.					

INFORMAÇÕES DA SITUAÇÃO PATRIMONIAL, FINANCEIRA E BANCÁRIA

PATRIMÔNIO LÍQUIDO (R\$) _____ FATURAMENTO MÉDIO MENSAL (R\$) _____

☒ RECUSO INFORMAR

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0729

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

34510

(Informar dígito se existir)

D/V

0

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

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro(amos) que os dados bancários são de titularidade da empresa e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo(amos) a Seguradora Líder a efetuar o pagamento do reembolso do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta.

Após efetivado o crédito, reconheço(emos) e dou(amos) plena quitação do valor reembolsado.

João Pessoa 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Carliete Lopes Soares
Assinatura do Beneficiário

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



AUTO-ATENDIMENTO - AG MANAIRA SHOP

DATA: 27/12/2017

HORA: 15:15:30

TERMINAL: 07291001

CONTROLE: 072910010305

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING

CONTA: 013.00034510-0

CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR_DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------



MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Carliete Lopes Soares
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3156369 EXPEDIDO POR SSPIB EM 10/09/2018
 CPF 065829874-70 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Do lar
 E RENDA MENSAL DE R\$ prossu (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carliete L. Soares, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0729 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0034510-0

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

João Pessoa, 06 de Março de 2018 Carliete Lopes Soares
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG.MANAIRA SHOPPING
DATA: 05/03/2018 HORA: 16:31:44
TERMINAL: 07291019 CONTROLE: 072910190431

AUTO-ATENDIMENTO - AG.MANAIRA SHOPPING
DATA: 05/03/2018 HORA: 16:30:56
TERMINAL: 07291019 CONTROLE: 072910190429

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING
CONTA : 013.00034510-0
CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING
CONTA: 013.00034510-0
CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
02/03	0,00C

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
02/03	0,00C

RESUMO EM 02/03
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL



MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR



Fevereiro

02/02	000000	REM BASICA	0,00C
-------	--------	------------	-------



RESUMO EM 28/02
SALDO



Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

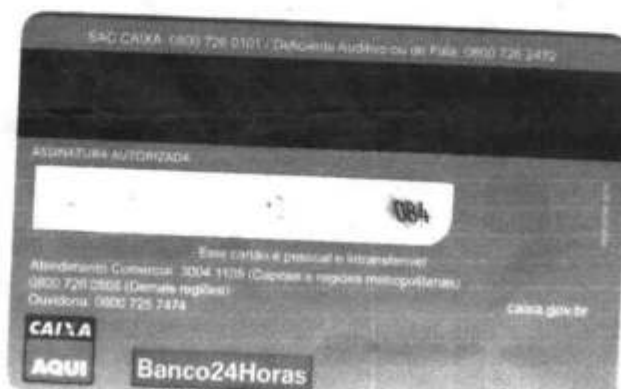
"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

WOM Seguradora S/A

03 ABR 2018

DPVAT







AUTO-ATENDIMENTO - AG MANAIRA SHOP

DATA: 27/12/2017

HORA: 15:15:30

TERMINAL: 07291001

CONTROLE: 072910010305

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING

CONTA: 013.00034510-0

CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			6,04C
----------------	--	--	-------

Outubro

02/10	000000	REM BASICA	0,00C
02/10	000000	CRED JUROS	0,03C

RESUMO EM 31/10

SALDO	6,07C
-------	-------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

MDM Seguradora S/A

03 ABR 2018

DPVAT



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02171.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02171.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:51 horas do dia 04 de dezembro 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, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Carliete Lopes Soares**, CPF nº 065.829.874-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Do Lar, filho(a) de Josefa Francisco Lopes e Luiz Carlos Caetano Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Gonzaga de Barros, Nº 505, bairro Bairro dos Ipês, tendo como ponto de referência Mercadinho Amor de Mãe, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-8081.

Dados do(s) Fatos:

Local: Dom Manoel Paiva, Empresa de Ônibus Mandacaruiense, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru/Jardim Mangueira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/01/16 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 05/01/2016, POR VOLTA DAS 19:00 horas a notificante estava atravessando a rua Dom Manoel Paiva em Mandacaru/PB, e neste momento o semáforo lhe dava permissão para atravessar, estando o sinal vermelho para os veículos; QUE a notificante ao tentar atravessar foi atropelada por um veículo tipo motocicleta, onde a notificante não lembra a marca nem sabe informar os dados do causador do atropelamento, vindo a mesma cair ao solo e ser socorrida pela ambulância do corpo de bombeiro, e levada ao Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico datado de 21/11/2017, assinado pelo médico Dr. Juan Jaime Alcoba Arce-CRM 3323/PB, que não quer representar criminalmente

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2017.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CARLIETE LOPES SOARES
Noticiante

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018

Procedimento Policial: 02171.01.2017.1.00.420

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180067341 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLIETE LOPES SOARES **Data do acidente:** 05/01/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Carliete Lopes Soares

CPF da Vítima

065.829.874-70

Data do Acidente

05/01/2016

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.

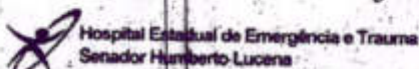
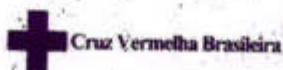
MBM SEGURADORA
08 FEV 2018

João Pessoa, 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

x Carliete Lopes Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ACOLHIMENTO, sr - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 891329



Identificação do paciente

ID 986337	Nome CARLIED LOPES SOARES	Sexo Feminino
Data de nascimento 28/05/1968	Idade 27 anos 7 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe JOSEFA LOPES SOARES	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Pai LUIZ LOPES SOARES	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988908081	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Tipo documento NAO INFORMADO	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência MANDACARU	Número documento	Nº Cns
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58028866	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número S/N	Complemento	Logradouro JOSÉ APRÍGIO DOS SANTOS
		Bairro IPÊS

Admissão

Data e Hora Prevista 05/01/2016 19:20:46	Número da pulseira 173006	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGÊNCIA	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	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos	TOMOGRAFIA Crânio DATA: 09/01/16	TOMOGRAFIA Crânio SIC DATA: 09/01/2016
Diagnóstico		
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES		Tempo 06min 50seg

Imprimir

MBM SEGURADORA
08 FEV 2016

05/01/2016 19:23

Nº

05/01/16

com

Pelo of. witnesses de
alugamento de auto

of. pado de consumo

Tide acous: of. pit. camp

Hem. laim. subscrit

partid. of.

Pr. de col. camp

of. obtenção pelo
per.

D. Carlos Diniz
038.008197



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 Carliete Lopes Soares
DATA DE NASCIMENTO 25/08/88
NOME DA MÃE Josefa Francisco Lopes

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 92685
BOLETIM DE ENTRADA N.º 891329
DATA DO ATENDIMENTO 05/01/16
HORA DO ATENDIMENTO 19:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) TCE com HSA temporal
CID 10 S06.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, trazido pelos bombeiros, apresentando perda de consciência no local, glasgow 15. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: HSA temporal

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano

ALTA HOSPITALAR: 10/01/17
DATA DA EMISSÃO: 21/11/17


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

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



173006
CARLIED LOPES SOARES
DT. NASC.: 28/06/1988
RAE: JOSEFA LOPES SOARES

BE.: 991329

END.: JOS. A. ARA. 1410 DOS SANTOS
N. S/N - IP AS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 998800001
IDADE: 27
DT. ENTRADA: 05/01/2016 18:20:46

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de atropelamento por moto, trazida pelos bombeiros. Apresentando perda de consciência no local. No momento, consciente, epistaxe preta, consciente e orientado.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS

☒ Pervas ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ Sim

☐ Não

HTD - Roncos
Sibilos
Estertores

HTE - Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ Imp

SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FE

Temp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN: focado de tensão indol

DÉFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, soriso 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:					

MBM SEGUADOR
08 FEV 2018

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não () Sim:

MEDICAMENTOS:

() Não () Sim:

IMUNIZAÇÃO

() Não () Sim:

PATOLOGIA

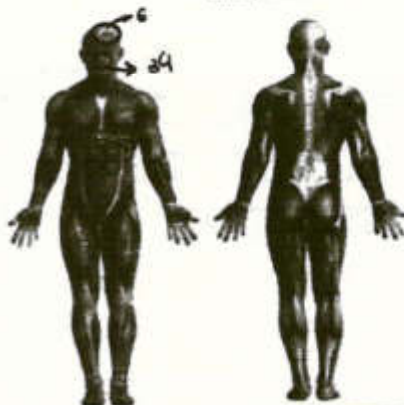
☒ Não () Sim:

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 Etfsema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendínea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

() Radiografias

() Ultrassonografia (FAST)

☒ Tomografia computadorizada

() Lavado peritoneal

() Gasometria arterial

() Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA CARIMBO

- 1 Atendimento inicial
- 2 Diurético 21 + A.D. 61
- 3 Sulfato 40 mg + A.D. 61, Sulfato 100 mg + 100 ml V.O. 91
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

ASSINATURA CARIMBO
Alice F. P. M.
Médica
CRM-78 9519

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da PEUKO

às : do dia

Solicito parecer da

às : do dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar () Decisão médica

() Óbito () Até 48 hs.

() Após 48 hs.

() A pedido

() A revalia

() Desistência

() Família

() IML

() SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LARANDA

NOME: CARLIED LOPES SOARES BE:891329

DATA: 09/01/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SRL 500 ML EV 8/8H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 1X/DIA 06
4. NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H 10 24 08
5. DIPIRONA 1G EV 6/6H 10 22 04 10
6. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H 10 04
7. FISIOTERAPIA GLOBAL
8. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
9. OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

Alta hospitalar

PACIENTE DESCONHECE O QUE LHE ACONTECEU
EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL
NO MOMENTO COM GLASGOW 15 E SEM CEFALÉIA OU CERVICALGIA
TC CRÂNIO - FRATURA OCCIPITAL E HSA FRONTAL

CD: TC CONTROLE

Obs: Medicação realizada com escalp

Dr. Alécio C. E. S. Barcelos
Neurocirurgião CRM/PB 7104

Erickson Bonifácio
Neurocirurgião
CRM 6005

Removi 10.01.16 - 12h30

Glasgow 15
s/ intercorrência

TC crânio: 09/01: s/ hematoma

intracraniano

© orientador

MBM SEGRADOR
08 FEV 2016

Dr. Alécio C. E. S. Barcelos
Neurocirurgião CRM/PB 7104

NOME: CARLIED LOPES SOARES

BE:891329

DATA: 07/12/15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SRL 500 ML EV 8/8H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 1X/DIA
4. NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H
5. DAPIRONA 1G EV 6/6H
6. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H
7. FISIOTERAPIA GLOBAL
8. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
9. OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

PACIENTE DESCONHECE O QUE LHE ACONTECEU
EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL
NO MOMENTO COM GLASGOW 15 E SEM CEFALÉIA OU CERVICALGIA
TC CRANIO - FRATURA OCCIPITAL E HSA FRONTAL

OBSERVAÇÃO

Erickson Bonifácio
Neurocirurgião
CRM - 6005

NOME: CARLIED LOPES SOARES

BE:891329

DATA: 06/12/15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SRL 500 ML EV 8/8H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 1X/DIA
4. NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H
5. DIPIRONA 1G EV 6/6H
6. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H
7. FISIOTERAPIA GLOBAL
8. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
9. OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

PACIENTE DESCONHECE O QUE LHE ACONTECEU
EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL
ECG 14/15 COM CEFALIA E CERVICALGIA
TC CRANIO - FRATURA OCCIPITAL E HSA FRONTAL?

SOLICITO RX CERVICAL

DR. THAISE AGUIAR
NEUROCIRURGIA

MBM SEGURODOR
08 FEV 2016



173006
CARLIED LOPES SOARES
DT. NASC.: 28/05/1988
MAE: JOSEFA LOPES SOARES

BE. : 891329

END - JOS W APR 1970 COS SANTOS
N. S/N - 2P 48
1000

JOMO PESSON

PHONE: ()
CELLULAR: (82) 34890000
GRADE: 22

GRADE: 27

DT. ENTRADA: 06/01/2016 10:20:46

BE/PRONTUÁRI

Nome do paciente

[illegible]

Maiara Ribeiro Barreto
Enfermeira
COREN 238457

MDM SEGURADORA
08 FEV 2018

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
065.829.874-70

Nome
CARLIE TEJOPES SOARES

Nascimento
11/05/1988




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.300




Carliete Lopes Soares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
3156369
DATA DE EMISSÃO
10 SET 2003

NOME
CARLIE TEJOPES SOARES.

FLUÍDO
Luiz Carlos Caetano Soares

Josefa Francisco Lopes

João Pessoa-PB.

28.05.1988
DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. 44.752; Fls. 82; Liv. A-40

4ª Cart. de João Pessoa-PB.

João Pessoa - PB
22254 (03) 22254-1111 (03) 22254-1111
LEI Nº 7.118 DE 2008

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Barbete Lopes Soares

Documentos básicos – Da vítima e do acidente.

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial;
- ☒ Documento de identificação;
- ☒ CPF da vítima;
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (BAM);
- ☒ Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica;
- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal – IML;
- ☐ Declaração de inexistência do IML na localidade do evento;
- ☐ Comprovante de residência da vítima/declaração de residência;
- ☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização. *(Comprovante bancário)*

Representante legal - se houver.

- ☐ Documento de Identificação/RG e CPF;
- ☐ Comprovante de residência ;
- ☐ Curatela;
- ☐ Tutela;
- ☐ Alvará Judicial;
- ☐ Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro – Circular SUSEP n° 445/12.

Procurador - se houver.

- ☒ Procuração; *(AUTENTICAR)*
- ☒ Documento de Identificação/RG e CPF do Procurador;
- ☒ Comprovante de residência;
- ☐ Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro – Circular SUSEP n° 445/12.

Data: 22/01/18

Assinatura:

Gená Karolina Simão
de Almeida

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



Nº 695674