

---

**Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190273928**

**Vítima: ADELMO FERNANDES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADELMO FERNANDES DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190273928**

**Vítima: ADELMO FERNANDES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ADELMO FERNANDES DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273928 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADELMO FERNANDES DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE COLUNA COM FRATURA DE L1.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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              |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                |                                         |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>0126033/19</b>                                                                                    | CPF da vítima:<br><b>070.244.074-41</b> | Nome completo da vítima:<br><b>Adelmo Fernandes dos Santos</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                         |                                                                |
| Nome completo:<br><b>Adelmo Fernandes dos Santos</b>                                                                           |                                         | CPF:<br><b>070.244.074-41</b>                                  |
| Profissão:<br><b>Mecânico</b>                                                                                                  | Endereço:<br><b>Sítio Corneilho</b>     | Número:<br><b>311</b>                                          |
| Bairro:<br><b>Praça Rangel</b>                                                                                                 | Cidade:<br><b>Prado Regis</b>           | Estado:<br><b>RS</b>                                           |
| E-mail:                                                                                                                        | CEP:<br><b>59273000</b>                 | Tel.(DDD):<br><b>(93) 91929028</b>                             |

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

|                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                        |                                                                   |                                                           |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |                                                                   | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |                                |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                                | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               | Nome do BANCO: _____                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                           |                                |
| AGÊNCIA: <b>4923</b>                                                                                   | CONTA: <b>7430</b>                                                | AGÊNCIA: _____                                            | CONTA: _____                   |
| (Informar o dígito se existir)                                                                         | (Informar o dígito se existir)                                    | (Informar o dígito se existir)                            | (Informar o dígito se existir) |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo                                                                                                                                                                   | Data do óbito da vítima: _____                                                           |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se tinha filhos, informar quantos: _____                                                 |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal. |                                                                                          |

|                                                              |                                             |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <b>João Pessoa 12/04/2019</b> |
| Nome: _____                                                  | CPF: _____                                  |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)               |                                             |
| <b>x Adelmo Fernandes dos Santos</b>                         |                                             |

### TESTEMUNHAS

|                  |            |
|------------------|------------|
| 1ª   Nome: _____ | CPF: _____ |
| 2ª   Nome: _____ | CPF: _____ |



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2019

Ocorrência nº. 129/2019



Aos 26 dias de fevereiro de DOIS MIL E dezenove, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 15h:11min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**ADELMO FERNANDES DOS SANTOS**, conhecido por , RG nº 3.273.173-SSP/PB, CPF nº 070.244.074-41, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: mecânico, filho(a) de Antonio Emidio dos Santos e Adalgisa Fernandes dos Santos, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 01/08/1986, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carnaúba, S/, nº , bairro: - Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: px. colégio ANTONIO NOGUEIRA, fone(s) para contato: (83) 99342-4840.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 1 de julho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 18h:0min;
- 4) LOCAL: Rua do Comércio nº , bairro Centro - Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

**9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

HONDA/NXR150 BROS, NIV: 9C2KD0540CR512676, ano/modelo: 2011/2012, cor preta, placa: OFE-8950/PB, licenciado em nome de EVERSON FÉLIX DA SILVA.

**10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUVE**

**11) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando um veículo não identificado, desceu abruptamente, de modo que, o notificante não conseguiu frear a tempo e colidiu contra o veículo; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa.

**12) OBSERVAÇÕES:**

**ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Adelmo Fernandes dos Santos*

**ADELMO FERNANDES DOS SANTOS**

Comunicante

*Kennedy De Carvalho Andrade*  
Escrevã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                |                                         |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>0126033/19</b>                                                                                    | CPF da vítima:<br><b>070.244.074-41</b> | Nome completo da vítima:<br><b>Adelmo Fernandes dos Santos</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                         |                                                                |
| Nome completo:<br><b>Adelmo Fernandes dos Santos</b>                                                                           |                                         | CPF:<br><b>070.244.074-41</b>                                  |
| Profissão:<br><b>Mecânico</b>                                                                                                  | Endereço:<br><b>Sítio Canaúba</b>       | Número:<br><b>311</b>                                          |
| Bairro:<br><b>Praça Rural</b>                                                                                                  | Cidade:<br><b>Prado Regis</b>           | CEP:<br><b>59273-000</b>                                       |
| E-mail:                                                                                                                        | Estado:<br><b>PB</b>                    | Tel.(DDD):<br><b>(93) 991429028</b>                            |

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENTA MENSAL:**

|                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)<br>Nome do BANCO: _____ |
| AGÊNCIA: <b>4923</b> <input type="checkbox"/> <b>CONTA:</b> <b>7430</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b><br><small>(Informar o dígito se existir)</small>                                                                                                                                                       | AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>CONTA:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><small>(Informar o dígito se existir)</small> |                                                                                          |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo                                                                                                                                                                   | Data do óbito da vítima: _____                                                           |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se tinha filhos, informar quantos: _____                                                 |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal. |                                                                                          |

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa 12/04/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**x Adelmo Fernandes dos Santos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sinader Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Bolém de Atendimento: 1091874



### Identificação do paciente

|                                         |                                                                |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ID<br>1302807                           | Nome<br>ADELMO FERNANDES DOS SANTOS                            | Sexo<br>Masculino                      |
| Data de nascimento<br>01/08/1988        | Idade<br>31 anos 11 meses                                      | Estado civil<br>Religião<br>Prontuário |
| Nome<br>ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS   | Nome<br>ANTONIO EMÍLIO DOS SANTOS                              |                                        |
| Escolaridade                            | Responsável (Parentesco)<br>PEDRO FERNANDES FONSECA - PRIMO(A) |                                        |
| DDD Móvel<br>83                         | Fone Móvel<br>991919263                                        | DDD Fixo<br>Fone Fixo                  |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)       | Número documento<br>3273173                                    | Nº Cns                                 |
| Local de procedência<br>LAGOA DE DENTRO | Tipo<br>MUNICÍPIO                                              | UF<br>PB                               |
| Email                                   | Naturalidade<br>GUARABIRA                                      | CBO/R                                  |

### Endereço

|                 |                                            |                      |                        |
|-----------------|--------------------------------------------|----------------------|------------------------|
| CEP<br>58260000 | Município de residência<br>LAGOA DE DENTRO | UF<br>PB             | Logradouro<br>CARNAUBA |
| Número<br>SN    | Complemento                                | Bairro<br>ZONA RURAL |                        |

### Admissão

|                                    |                                              |                 |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora<br>01/07/2018 21:17:20 | Número da pulseira<br>1000059888443          | Convênio<br>SUS |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Cólice                                       |                 |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAÚDE |                 |

|                        |                                                  |                                       |
|------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEÍCULO X MOTO |
|------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|

### Indicadores e Transporte

|                                  |                       |                           |               |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA | Quem transportou      |                           |               |

### Sinais Vitais

|                          |                |                      |
|--------------------------|----------------|----------------------|
| PA<br>_____ X _____ mmHg | Pulso<br>_____ | Temperatura<br>_____ |
|--------------------------|----------------|----------------------|

### Exames complementares

|            |            |           |        |            |         |                     |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Rato X [ ] | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|

*Relato segundo por acidente de trânsito  
aquele foi atingido por uma moto que  
estava andando...*

Wagner Costa G. Andrade  
Enfermeiro  
CBO 424.001

|                                               |                |
|-----------------------------------------------|----------------|
| Diagnóstico                                   | CD             |
| Atendido por<br>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA | Tempo<br>20seg |

Imprimir



LEIDEANE ALVES DE OLIVEIRA  
SIT CARNAUBA, S/N - AREA RURAL  
PEDRO REGIS - PB CEP: 58273000 (AG: 14)

Emissão: 31/03/2019 Referência: Fev/2019  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 220, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa/PB - CEP 55071-680  
Roteiro: 5 - 30 - 609 - 6065 Nº medidor: 0009865023

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 09.005.163/0001-40 Ins. Est: 16.016.525-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 0010 055 053  
Cód. para Dth. Automático: 00010510390

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI              |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------|
| Fev / 2019        | 07/02/2019   | 11/03/2019                       | 078.744.084-11<br>Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/1851589-0

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2003.  
Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe a prefeitura da sua cidade: cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda cidade.

| Anterior              |                            | Atual      |          | Constante        | Consumo        | Dias                |
|-----------------------|----------------------------|------------|----------|------------------|----------------|---------------------|
| Data                  | Leitura                    | Data       | Leitura  |                  |                |                     |
| 10/01/19              | 2161                       | 07/02/19   | 2228     | 1                | 67             | 28                  |
| Demonstrativo         |                            |            |          |                  |                |                     |
| CC                    | Descrição                  | Quantidade | Tarifa U | Valor Base Calc. | Alq. Ictm(R\$) | Base Calc. Pac(R\$) |
|                       |                            |            |          |                  |                |                     |
| 0001                  | Consumo até 30kWh-BR       | 30,000     | 0,203980 | 6,11             | 0,00           | 0,00                |
| 0001                  | Consumo - 21 a 100kWh-BR   | 37,000     | 0,348890 | 12,93            | 0,00           | 0,00                |
| 0010                  | Subsídio                   |            |          | 21,50            | 0,00           | 0,00                |
| LANÇAMENTOS E DEBITOS |                            |            |          |                  |                |                     |
| 0007                  | CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA |            |          | 4,72             | 0,00           | 0,00                |
| 0008                  | Debitos Subsídio           |            |          | -20,21           | 0,00           | 0,00                |

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 24,95 0,00 0,00 40,54 0,40 1,84

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

14/02/2019 R\$ 24,95  
Histórico de Consumo (kWh)

78 | 105 | 103 | 93 | 97 | 71 | 71 | 70 | 64 | 89 | 90 | 75  
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19

79ee.5931.3a2f.5815.d343.98a9.1378.2c7a.

#### Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIMENSIONAL      | 12,78   | 4,53                 |
| DIMENSIONAL      | 25,52   |                      |
| DIMENSIONAL      | 51,05   |                      |
| DIMENSIONAL      | 7,89    |                      |
| DIMENSIONAL      | 15,78   |                      |
| DIMENSIONAL      | 31,50   |                      |
| DIMENSIONAL      | 6,96    |                      |
| DIMENSIONAL      | 15,60   |                      |

Comparativo de Consumo

| Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energisa/PB | 6,36        | 25,61  |
| Compra de Energia                | 9,10        | 36,47  |
| Serviço de Transmissão           | 0,54        | 2,17   |
| Encargos Setoriais               | 1,51        | 6,05   |
| Impostos Ovetos e Encargos       | 6,96        | 27,90  |
| Outros Serviços                  | 0,00        | 0,00   |
| Total                            | 24,95       | 100,00 |

Valor de EVED (Ref. 12/2018) R\$ 11,39

#### ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de: 22/02/2019. Conforme Resolução 414/ANEEL, O pagamento até esta data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado por as faturas sejam não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(dias) após, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$20,31.

#### Faturas em atraso

Jan/19 29,06  
Nov/18 57,22  
Out/18 45,50



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Everton Felix da Silva,  
RG nº 003.975.966, data de expedição 26/09/2018  
Órgão SSPIPB, portador do CPF nº 114.492.514-22, com  
domicílio na cidade de Pedro Regis, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Curuba, nº 511,  
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Adelmo Fernandes dos Santos cujo o condutor era  
Adelmo Fernandes dos Santos.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA/NXK 150 BROS CSD  
Ano: 2012/2012  
Placa: OFF 9950  
Chassi: 9C2K D0540ER 512F76  
Data do Acidente: 02/07/2018  
Local e Data: Jacarai 05/04/2019



Everton Felix da Silva  
Assinatura do Declarante

Adelmo Fernandes dos Santos

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





01/07/2018 21:17

|                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| Identificação do paciente |                               |
| D                         | 1302607                       |
| Nome                      | ADELMO FERNANDES DOS SANTOS   |
| Idade                     | 31 anos 11 meses              |
| Sexo                      | Masculino                     |
| Estado civil              | Religioso                     |
| Religião                  | Protestante                   |
| Endereço                  |                               |
| CEP                       | 52250000                      |
| Município de residência   | LAGOA DE DENTRO               |
| UF                        | PB                            |
| Logradouro                | CARNAUBA                      |
| Complemento               | Bairro ZONA RURAL             |
| Admissão                  |                               |
| Data e Hora               | 01/07/2018 21:17:20           |
| Numero da pesquisa        | 1000059888443                 |
| Classificação de risco    | Classificação de risco        |
| Caráter de atendimento    | Ativo do atendimento          |
| Indicadores e Transporte  |                               |
| Caso policial             | Não                           |
| Plano de saúde            | Não                           |
| Veio de emergência        | Não                           |
| Veio de ambulância        | Sim                           |
| Quem transportou          | Quem transportou              |
| Fonte de transporte       | Fonte de transporte           |
| Exames complementares     |                               |
| PA                        | X                             |
| mmHg                      |                               |
| Pulso                     |                               |
| Temperatura               |                               |
| Exames complementares     |                               |
| Raio X                    |                               |
| Sangue                    |                               |
| Urina                     |                               |
| TC                        |                               |
| Líquor                    |                               |
| ECG                       |                               |
| Ultrassonografia          |                               |
| Diagnóstico               |                               |
| Atendido por              | THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA |
| Tempo                     | 20seg                         |

Welling Cda G Andrade  
CPF: 424.561.424.561

Boletim de Atendimento: 1981874  
AV. ORESTES LISBOA, 98 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sede: Humberto Lucena

112 - Emergência Hospitalar



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   | ADELMO FERNANDES DOS SANTOS   |
| DATA DE NASCIMENTO | 01/08/86                      |
| NOME DA MÃE        | ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.091.874                     |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 01/07/18                      |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 21:17                         |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA       |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR L1 |
| CID 10                 | S32.0                         |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na região lombar, Glasgow 15, torax e abdomen sem alterações, sem perda da consciência. Exame tomográfico de coluna lombar evidencia fratura de L1.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia  
RX de coluna cervical  
RX de coluna lombo-sacra  
TC de coluna lombar

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC lombar evidencia fratura de vértebra L1

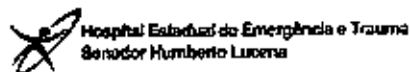
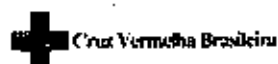
### TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 02/07/18 |
| DATA DA EMISSÃO: | 31/10/18 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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

**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente<br><b>ADELMO FERNANDES DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | BAE<br>1051674                                   | Data/Hora Entrada<br>01/07/2018 21:17:20 | Data Baixa                            |        |           |       |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|--------|-----------|-------|------------------|
| Data de nascimento<br>01/08/1988                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Idade<br>31a 11m 1d                      | Sexo<br>Masculino                                | CNS                                      | Telefone do Contato<br>(83) 991819203 |        |           |       |                  |
| Mãe<br><b>ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                  |                                          | Profissão                             |        |           |       |                  |
| Endereço<br><b>CARMAUBA, SN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          | Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>                      | Município<br><b>LAGOA DE DENTRO</b>      | UF<br><b>PB</b>                       |        |           |       |                  |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>EDUARDO JORGE DORE SOARES</b> | Nº Cons. Regional<br>6181/PB             |                                       |        |           |       |                  |
| Data/Hora Classificação<br>01/07/2018 21:17:20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | Data/Hora Prescrição<br>01/07/2018 21:35:45      |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| <b>Anamnese</b><br><b>#Cirurgia Geral #</b><br><p>Paciente vítima de queda de moto, levando a trauma contundente na região lombar. Atendido pelo serviço de saúde local, sendo imobilizado parcialmente (colar cervical - apenas), transportado para este hospital.</p> <p>Ao exame: Glasgow 15, Tórax + Abdome + Pelve, sem alterações.<br/>Dor Intensa na região lombar.</p> <p>Conduta: Radiografia + Medicação<br/>Avaliação da Ortopedia<br/>ALTA da CIRURGIA GERAL</p> |                                          |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| <b>MEDICAÇÃO</b><br><p>DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA</p> <p>CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| <b>CUIDADOS</b><br><p>SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| <b>EXAME DE IMAGEM</b><br><p>RADIOGRAFIA DE BACIA</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| <b>CID10</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M64.5</td> <td>Dor lombar baixa</td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                                  |                                          |                                       | Código | Descrição | M64.5 | Dor lombar baixa |
| Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Descrição                                |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| M64.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dor lombar baixa                         |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |
| <b>Conduta</b><br><p>Em observação</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                                  |                                          |                                       |        |           |       |                  |

ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

EDUARDO JORGE DORE SOARES  
(CRM: 6181/PB)



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

|                                                       |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADELMO FERNANDES DOS SANTOS</b>        |                                          | BAE<br><b>1091874</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>01/07/2018 21:17:20</b> | Data Baixa<br><b>2018-07-02 21:18:44.0</b>   |
| Data de nascimento<br><b>01/08/1986</b>               | Idade<br><b>31a 11m 2d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS                                             | Telefone de Contato<br><b>(83) 981919203</b> |
| Mãe<br><b>ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS</b>           |                                          |                                                    | Prontuário                                      |                                              |
| Endereço<br><b>CARNAUBA, SN</b>                       |                                          | Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>                        | Município<br><b>LAGOA DE DENTRO</b>             | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO</b>  |                                                 | Nº Cons. Regional<br><b>7850/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>01/07/2018 21:17:20</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>02/07/2018 21:18:48</b> |                                                 |                                              |

### Anamnese

#NCR

#PACIENTE RELATA MELHORA DO QUADRO ALGICO APÓS MEDICAÇÃO

#TC DE COLUNA LOMBAR COM FRATURA DE L1, SEM COMPRESSÃO DO CANAL MEDULAR

#NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

#CD: ALTA NCR COM ORIENTAÇÕES DE COLETE, ANALGESIA E RETORNO NO HTOP

### CID10

| Código | Descrição                  |
|--------|----------------------------|
| S32.0  | Fratura de vértebra lombar |

### Conduta

Alta médica

### Alta Hospitalar

|                                              |                                           |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Usuário<br><b>GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO</b> | Data e Hora<br><b>02/07/2018 21:18:44</b> |
| Motivo de Alta<br><b>ALTA HOSPITALAR</b>     | Observações                               |

ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO  
(CRM: 7850/PB)  
Neurocirurgião



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 01/07/2018 21:17:40

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

|                                                |                                             |                                                        |                                     |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADELMO FERNANDES DOS SANTOS</b> | BAE<br>1091874                              | Data/Hora Entrada<br>01/07/2018 21:17:20               | Data Baixa                          |
| Data de nascimento<br>01/06/1988               | Idade<br>31a 11m 1d                         | Sexo<br>Masculino                                      | CNS                                 |
| Mãe<br><b>ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS</b>    | Telefone de Contato<br>(83) 991919203       |                                                        | Prontuário                          |
| Endereço<br><b>CARNALUBA, SN</b>               | Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>                 | Município<br><b>LAGOA DE DENTRO</b>                    | UF<br><b>PB</b>                     |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>              | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>    | Profissional<br><b>FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHÃES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>6914/PB</b> |
| Data/Hora Classificação<br>01/07/2018 21:17:20 | Data/Hora Prescrição<br>02/07/2018 09:09:32 |                                                        |                                     |

**Anamnese**

# NEUROCIRURGIA

# TCE LEVE

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. NEGA CERVICALGIA.  
RECLAMA DE DOR LOMBAR.

RX DE COLUMNA: PÉSSIMA QUALIDADE

COND.: ANALGESIA + OBSERVAÇÃO

**MEDICAÇÃO**

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

**Conduta**

Em observação

ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

Dr. Neuton Magalhães  
Neurocirurgião  
Especialista em Dor  
CRM PB 19508  
CNS 204200007





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                |                                          |                                                  |                                       |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADELMO FERNANDES DOS SANTOS</b> | BAE<br>1061874                           | Data/Hora Entrada<br>01/07/2018 21:17:20         | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>01/08/1986               | Idade<br>31a 11m 1d                      | Sexo<br>Masculino                                | CNS                                   |
| Mãe<br><b>ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS</b>    |                                          |                                                  | Telefone de Contato<br>(83) 981919203 |
|                                                |                                          |                                                  | Prontuário                            |
| Endereço<br><b>CARNAUBA, SN</b>                | Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>              | Município<br><b>LAGOA DE DENTRO</b>              | UF<br><b>PB</b>                       |
| Acidente<br><b>VEÍCULO X MOTO</b>              | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>STEFFERSON PINHEIRO DINIZ</b> | Nº Cons. Regional<br><b>5762/PB</b>   |
| Data/Hora Classificação<br>01/07/2018 21:17:20 |                                          | Data/Hora Prescrição<br>01/07/2018 23:37:16      |                                       |

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM BACIA E COLUNA LOMBAR;  
EX.FÍSICO: -DORES EM REGIÃO DE COLUNA LOMBAR;  
RXS DE BACIA: SEM SINAIS DE FRATURA;  
RXS DE COLUNA LOMBOSSACRA DE MÁ QUALIDADE: NÃO VISUALIZADO FRATURA;  
RXS DE COLUNA CERVICAL: NÃO VISUALIZADO FRATURA  
CD: ALTA DA ORTOPEDIA; AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA;

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

## CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| S30.0  | Contusão do dorso e da pelve |

## Conduta

Em observação

ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ  
(CRM: 5762/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 02/07/18 09:07  
Usuário: LEONARDO  
Senha: 1091874

Nome: ADELMO FERNANDES DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 01/08/1986  
Sexo: MASCULINO  
Idade: 31a 11m 1d  
Enfermaria / Leito: 1091874  
Validade da Prescrição: 02/07/2018 08:07:00 - 03/07/2018 09:07:00  
Convenio: SUS  
Matrícula: 2425

| Nome do medicamento                                  | Dose   | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Int. | Pos       | Apazamento  |
|------------------------------------------------------|--------|------|-------------------|--------|-------------|-----------|-------------|
| 1 DIETA LIVRE                                        | 0.0    |      |                   | ORAL   |             |           |             |
| 2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO) | 2000.0 | ML   |                   | E.V.   |             | 24H       | 2:3:4       |
| 3 DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)                    | 2.0    | ML   |                   | E.V.   |             | 8/8H      | 11 17 23 05 |
| ONDANETRONA                                          | 4.0    | ML   |                   | E.V.   |             | 8/8H      | 11 18 02    |
| OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE                | 40.0   | MG   |                   | E.V.   |             | 1X AO DIA | 05          |
| CETOPROFENO 100 MG                                   | 100.0  | MG   |                   | E.V.   |             | 12/12H    | 11 23       |
| TRABADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)             | 100.0  | MG   |                   | E.V.   |             | 12/12H    | 11 23       |
| 8 SSVV + CCGG                                        | 0.0    |      |                   |        |             |           |             |



LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
CRM: 8028

Rita de Cassia A. da Silva  
COBEN-PB 404.1

Assinatura e Carimbo do Profissional

02 de Julho de 2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LuçonGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

|                                                |                                          |                                                         |                                       |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADELMO FERNANDES DOS SANTOS</b> | BAE<br>1091874                           | Data/Hora Entrada<br>01/07/2018 21:17:20                | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>01/08/1986               | Idade<br>31a 11m 1d                      | Sexo<br>Masculino                                       | CNS                                   |
| Mãe<br><b>ADALGISA FERNANDES DOS SANTOS</b>    |                                          |                                                         | Telefone de Contato<br>(83) 981919203 |
| Endereço<br><b>CARNAUBA, SN</b>                | Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>              | Município<br><b>LAGOA DE DENTRO</b>                     | UF<br><b>PB</b>                       |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>              | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b> | Nº Cons. Regional<br>9028/PB          |
| Data/Hora Classificação<br>01/07/2018 21:17:20 |                                          | Data/Hora Prescrição<br>02/07/2018 09:07:31             |                                       |

**Anamnese**

# NEUROCIRURGIA

# TCE LEVE

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO ONTEM À NOITE, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. NEGA CERVICALGIA.

RECLAMA DE DOR LOMBAR.

EF.: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

COND.: ANALGESIA + OBSERVAÇÃO

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

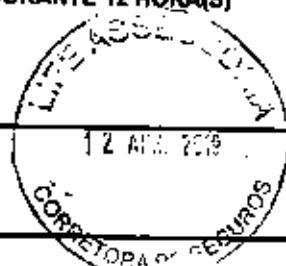
**CUIDADOS**

SSVV + CCGG

**EXAME DE IMAGEM**

Exame realizado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 01/07/2018 21:17:40

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

|          |                |
|----------|----------------|
| Data:    | 01/07/18 23:37 |
| Usuário: | STEFFERSON     |
| Boleim   | 1091874        |

|                        |                                           |           |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------|------------|-------|------------|------|-----------|----|---------|---------------|---------------------|
| Nome                   | ADELMO FERNANDES DOS SANTOS               | Data de   | 01/08/1988 | Idade | 31a 11m 1d | Sexo | MASCULINO | Nº | 1091874 | Nº Prontuário | 01/07/2016 23:37:16 |
| Motivo do Atendimento  | Enfermaria / Leito                        |           |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
| Validade da Prescrição | 01/07/2018 23:37:00 - 02/07/2018 23:37:00 |           |            |       |            |      |           |    |         |               |                     |
| Convênio               | SUS                                       | Matrícula |            | Senha |            |      |           |    |         |               |                     |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Apazamento |
|---------------------|------|------|-------------------|--------|-------------|-----|------------|
|---------------------|------|------|-------------------|--------|-------------|-----|------------|

|   |                        |     |  |  |  |  |  |
|---|------------------------|-----|--|--|--|--|--|
| 1 | SOLICITAÇÃO DE PARECER | 0.0 |  |  |  |  |  |
|   | NEUROCIRURGIA          |     |  |  |  |  |  |

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ  
CRM: 5762

01 de Julho de 2018

*(Assinatura)*  
Assinatura e Carimbo do Profissional



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 02/07/18 00:09  
Usuário: FRANCISCO  
Boleim 1091874

|                       |                             |  |            |            |                        |         |                                           |                     |
|-----------------------|-----------------------------|--|------------|------------|------------------------|---------|-------------------------------------------|---------------------|
| Nome                  | ADELMO FERNANDES DOS SANTOS |  | Data de    | Idade      | Sexo                   | Nº      | Nº Pontuário                              | Data Prescrição     |
| Motivo de Atendimento | Enfameia / Leito            |  | 01/08/1986 | 31a 11m 1d | MASCULINO              | 1091874 |                                           | 02/07/2018 00:09:32 |
| Convenio              | SUS                         |  | Matricula  |            | Validade da Prescrição |         | 02/07/2018 00:09:00 - 03/07/2018 00:09:00 |                     |
|                       |                             |  |            | Senha      |                        |         |                                           |                     |

| Nome do medicamento  | Dose  | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Apazamento |
|----------------------|-------|------|-------------------|--------|-------------|-----|------------|
| 1 CETOPROFENO 100 MG | 100.0 | MG   |                   | E.V.   | 12/12H      | 2X  | 1.2        |

FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES  
CRM: 5914

02 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo da Responsável  
Dr. Neuton de O Magalhães  
Especialista em Dor  
CRM PE 15508  
CRM PB 5914 / CRM PE 15508  
CNS 2074290087200007





Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

|            |                |
|------------|----------------|
| Data:      | 01/07/18 21:35 |
| Usuário:   | EDUARDO JORGE  |
| Reclamação | 1091874        |



|                       |                                           |         |            |       |            |       |           |    |         |               |                     |
|-----------------------|-------------------------------------------|---------|------------|-------|------------|-------|-----------|----|---------|---------------|---------------------|
| Nome                  | ADELMO FERNANDES DOS SANTOS               | Data de | 01/08/1986 | Idade | 31a 11m 1d | Sexo  | MASCULINO | Nº | 1091874 | Nº Prontuário | 01/07/2018 21:35:45 |
| Motivo do Atendimento | Enfermaria / Leito                        |         |            |       |            |       |           |    |         |               |                     |
| Convenio              | Validade da Prescrição                    |         |            |       |            |       |           |    |         |               |                     |
| SUS                   | 01/07/2018 21:35:00 - 02/07/2018 21:35:00 |         |            |       |            |       |           |    |         |               |                     |
| Matrícula             |                                           |         |            |       |            | Sanha |           |    |         |               |                     |

| Nome do medicamento               | Dose  | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos   | Apazamento |
|-----------------------------------|-------|------|-------------------|--------|-------------|-------|------------|
| 1 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0   | ML   |                   | E.V.   |             | AGORA |            |
| 2 CETOPROFENO 100 MG              | 100.0 | MG   |                   | E.V.   |             | AGORA |            |
| 3 PARECER ORTO                    | 0.0   |      |                   |        |             |       |            |

01 de Julho de 2018

EDUARDO JORGE DORE SOARES  
CRM: 6181

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831410104

Data Nasc: 01/08/1986 - 31 anos

Paciente: ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

Data Exame: 02/07/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Estudo dirigido ao trauma.

Fratura compressiva do corpo vertebral de L1, sem retropulsão do Muro posterior.

*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 02/07/2018 11:16.*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831410104

Data Nasc: 01/08/1986 - 31 anos

Paciente: ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

Data Exame: 02/07/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Estudo dirigido ao trauma.

Ausência de sinais de fraturas.

*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 02/07/2018 11:15.*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**



|                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PROIBIDA PLASTIFICAR                                                                                                           |  | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| 1169705837                                                                                                                     |  | 1169705837                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <p>LOCAL _____</p> <p>JOAO PESSOA, PB</p> <p>DATA DE EMISSÃO _____</p> <p>09/11/2019</p> <p>55686106093</p> <p>78031692791</p> |  | <p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>MINISTÉRIO DAS CIDADES</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO</p> <p>CARTEIRINHA DE HABITAÇÃO</p> <p>NOME _____</p> <p>ADILSON FERREIRA DOS SANTOS</p> <p>DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO / PB</p> <p>3273173 / 01/08/1986</p> <p>CN 070.244.074-41</p> <p>RUA _____</p> <p>ANTONIO ENILDO DOS SANTOS</p> <p>ADALGISA FERREIRA DOS SANTOS</p> <p>RENÚNCIA _____</p> <p>DATA 09/11/2010</p> <p>1ª EMISSÃO 23/07/2010</p> |  |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

1 2 3 4 5 6 7 8

DETRAN - PB

Nº 014798083158

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0039716643-5 00/00000000 2018

EVERSON FELIX DA SILVA

11448151422

PLACA ANT / UF

NOVO PB

9C2KD0540CR512676

OFE8950/PB

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/NXR150 BROS ESD

2 P/149 /CI

COTA UNICA

PARTEIC

PRETA

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

P A G O

12/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

0

SEM RESERVA DE DOMINIO

PEDRO REGIS-PB

41823

16195

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PES SOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798083158 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 11448151422

PLACA

NOVO PB

9C2KD0540CR512676

OFE8950/PB

HONDA/NXR150 BROS ESD

2 P/149 /CI

COTA UNICA

PARTEIC

PRETA

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

P A G O

12/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

0

SEM RESERVA DE DOMINIO

PEDRO REGIS-PB

41823

16195

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PES SOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

16195-1505059-20181212



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Adelmo Fernandes dos Santos  
DATA DO ACIDENTE 01/07/2018 CPF DA VITIMA 040.244.044-41  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR 3110 Connaube  
Nº 3110 COMPLEMENTO Avec Ruval BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE Pedro Regio UF PB CEP 58673000  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (31) 991948028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• 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 PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/04/2019  
IDENTIDADE 327.3173  
ASSINATURA Adelmo F. dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273928 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADELMO FERNANDES DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE COLUNA COM FRATURA DE L1.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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              |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126033/19

**Vítima:** ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

**CPF:** 070.244.074-41

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 01/07/2018

**Titular do CPF:** ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ADELMO FERNANDES DOS SANTOS : 070.244.074-41

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019  
Nome: ADELMO FERNANDES DOS SANTOS  
CPF: 070.244.074-41

ADELMO FERNANDES DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA