

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: DAMIAO CLOVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180384546

Vitima: DAMIAO CLOVES DA SILVA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180384546**.

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 302 / 2018.

MATRIZ DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 18 / março / 2018 HORAS: 20h00

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL. POL. RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

Damião Cloves da Silva, brasileiro, natural de Nova Olinda/PB, Casado, Carpinteiro, nascido no dia 26/DEZ/1975, filho de Cloves José da Silva e Rita Chagas da Silva, RG 36.039.009-2 / SSP/SP e CPF 020.050.634-01, residente na R. Vereador Antonio Gonçalves s/n centro Nova Olinda -PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, apesar de identificado (a) das penalidades cometidas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia 18/março/2018, por volta das 20h, circulava pela ruas de Nova Olinda, conduzindo a moto Honda/cg 160 titan ex, cor vermelha, ano 2016/17, placa QFT1285/PB e chassi 9C2KC2210HR006345, em nome de DAMIÃO VENCESLAU DA SILVA e ao passar pela Rua Av. Epitácio Pessoa (centro), em uma lombada perdeu o controle da moto, vindo a cair no calçamento, sendo então socorrido por familiares para o Hospital da cidade de Piancó/PB.



ITAPORANGA/PB, 11 DE maio DE 2018.

+ Domingos Cloves da Silva
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

1^º DELEGADO HUJINDUC
C/ POLÍCIA 1^º DELEGADO
CHEFE DE CARTEIRA

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Dominio Claves da Silva

020.050.634-01

18/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

bertas.assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/996978811

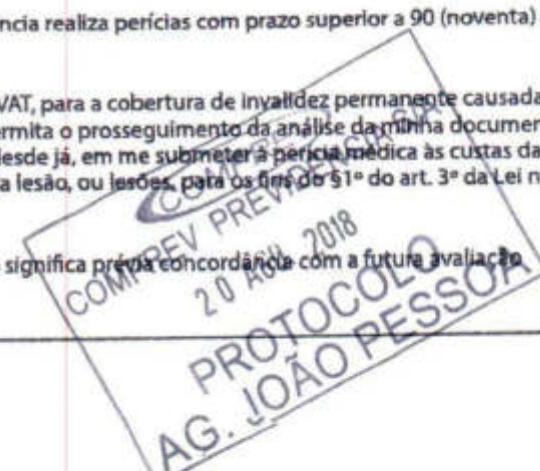
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.



Itaperanga, 08 de Agosto de 2018.
Local e Data

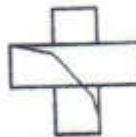


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

| | | | |
|---|--|--|-----------|
| SUS | | ESTADO DA PARAÍBA: SECRETARIA DE SAÚDE | |
| Cnes | | FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL | |
| NOME: | | UF: 25 | |
| ENDERECO: | | CNPJ: 08 778 268/0031-86 | |
| CIDADE: | | HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES | |
| Atendimento: | | ESTADO: PARAÍBA | |
| Paciente: | | CONSULTA | |
| Mae: | | DAMIAO CLOVES DA SILVA | |
| Pai: | | RITA CHAGAS DA SILVA | |
| Nascimento: | | 26/12/1975 | Idade: 42 |
| Profissao: | | Cor: PARDAA | |
| Endereco: | | Num.: S/N | |
| Bairro: | | Fone: | |
| Cidade: | | CARPINTERO | |
| Naturalidade: | | VEREADOR ANTONIO GONCALVES | |
| CNS: | | CENTRO | |
| CPF: | | NOVA OLINDA - PB - 58798-000 2510204 | |
| Data / Hora: | | Identidade: | |
| | | NOVA OLINDA - PB | |
| | | 702-1007-0939-2591 | |
| | | Reg. Nasc.: | |
| | | Recepção/ista: POLIANA | |
| | | Ficha Número 37154 | |
| PESO: | | PA: | TEMP.: |
| ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) | | | |
| <p><i>Pedi agendamento exame de sangue em outubro - depois dos exames via mao exames contam o resultado de moto de 5 km (sic)</i></p> | | | |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) | | | |
| <i>Rx de mao</i> | | <i>COMPREV</i> <i>COMPREV PREVIDÊNCIA</i> | |
| RESULTADOS | | 20 ABR. 2018 | |
| PROTÓCOLO | | | |
| AG. JOÃO PESSO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS | | CARÁTER DO ATENDIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 01 - ELETIVO | <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA | <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA | <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO |
| <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO | <input type="checkbox"/> 06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS | PROCEDIMENTO Descrição | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| CID-10 | | | |
| MEDICAÇÃO | | ENCAMINHAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNA |
| <input type="checkbox"/> 3. OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> 4. ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS | |
| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO | | | |
| 1 - | 2 - | 3 - | Ass. dos Profissionais Assistentes - Calimbos |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 |
| <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 |
| <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 |
| <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 |
| <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 33 | <input type="checkbox"/> 34 |
| <input type="checkbox"/> 35 | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 37 | <input type="checkbox"/> 38 |
| <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 40 | <input type="checkbox"/> 41 | <input type="checkbox"/> 42 |
| <input type="checkbox"/> 43 | <input type="checkbox"/> 44 | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 46 |
| <input type="checkbox"/> 47 | <input type="checkbox"/> 48 | <input type="checkbox"/> 49 | <input type="checkbox"/> 50 |
| <input type="checkbox"/> 51 | <input type="checkbox"/> 52 | <input type="checkbox"/> 53 | <input type="checkbox"/> 54 |
| <input type="checkbox"/> 55 | <input type="checkbox"/> 56 | <input type="checkbox"/> 57 | <input type="checkbox"/> 58 |
| <input type="checkbox"/> 59 | <input type="checkbox"/> 60 | <input type="checkbox"/> 61 | <input type="checkbox"/> 62 |
| <input type="checkbox"/> 63 | <input type="checkbox"/> 64 | <input type="checkbox"/> 65 | <input type="checkbox"/> 66 |
| <input type="checkbox"/> 67 | <input type="checkbox"/> 68 | <input type="checkbox"/> 69 | <input type="checkbox"/> 70 |
| <input type="checkbox"/> 71 | <input type="checkbox"/> 72 | <input type="checkbox"/> 73 | <input type="checkbox"/> 74 |
| <input type="checkbox"/> 75 | <input type="checkbox"/> 76 | <input type="checkbox"/> 77 | <input type="checkbox"/> 78 |
| <input type="checkbox"/> 79 | <input type="checkbox"/> 80 | <input type="checkbox"/> 81 | <input type="checkbox"/> 82 |
| <input type="checkbox"/> 83 | <input type="checkbox"/> 84 | <input type="checkbox"/> 85 | <input type="checkbox"/> 86 |
| <input type="checkbox"/> 87 | <input type="checkbox"/> 88 | <input type="checkbox"/> 89 | <input type="checkbox"/> 90 |
| <input type="checkbox"/> 91 | <input type="checkbox"/> 92 | <input type="checkbox"/> 93 | <input type="checkbox"/> 94 |
| <input type="checkbox"/> 95 | <input type="checkbox"/> 96 | <input type="checkbox"/> 97 | <input type="checkbox"/> 98 |
| <input type="checkbox"/> 99 | <input type="checkbox"/> 100 | <input type="checkbox"/> 101 | <input type="checkbox"/> 102 |
| ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL | | ASS. REVISOR TÉCNICO - Calimbo | |
| Médico / Cm / Cns C.R. 45.988-10 | | ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - | |
| Ass. dos Profissionais Assistentes - Calimbos | | Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - | |

**SUS****ESTADO DA PARAÍBA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-L)

Lusivaldo Queiroz de Lima
Técn. em Radiologia
CRM-PB 62432T

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPESCÓDIGO DA UNIDADE: 5673CNPJ: 08.778.268/0031-86ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIINO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000MUNICÍPIO: PIANCÓESTADO: PARAÍBAUF: PB**PACIENTE**NOME: Damásio Clávis da SilvaIDADE: 42

PROFISSÃO: _____

DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____

CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: _____

DATA DO ATENDIMENTO: 18/07/18

CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

RAÇA/COR: _____

SEXO: M**DADOS CLÍNICOS****MATERIAL A EXAMINAR****EXAMES SOLICITADOS**Rio das mós020404040094 (3)

CID - 10 _____

PROFISSIONALCBO 225125

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Assinatura
Médico
CRM-PB 9810

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL



WENCESLAU LOPES

Piancó -PB

CNPJ: 08.778.268/0031-86

FICHA DE ATENDIMENTO

| | | | | | |
|----------------------|----------------------------|--|-----------|----|--|
| NOME: | Domício Cláudio da Silva | | REGISTRO: | | |
| DATA: | 11/18.03.18 | | HORA: | | |
| SEXO: | M | | IDADE: | 42 | |
| QUEIXA PRINCIPAL: | Trauma, edema e dor em MNS | | | | |
| HISTÓRIA BREVE: | Acidente motocicleta | | | | |
| OBSERVAÇÃO OBJETIVA: | | | | | |

| | | | | | |
|---------|--------|----|--------------------|--------|------|
| DADOS | PA: | T: | SPO ² : | PULSO: | DOR: |
| VITAIS: | 120x80 | | | | |



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| | | | |
|----------|---------|-------|------|
| VERMELHA | AMARELA | VERDE | AZUL |
|----------|---------|-------|------|

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGU. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| | |
|-------------------|---|
| DROGAS: ALERGIAS: | ∅ |
|-------------------|---|

DOENÇAS PREEXISTENTES: —

CONDUTA INICIAL: consulte médico

REAVALIAÇÃO: HORA:

NOME DO ENFERMEIRO: Enraan

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO CLOVES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000000032433-7

Nr. da Autenticação D6075A9B23F12418

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIXA, 59 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 58780000 (AD: 154)

Emissa: 16/07/2018 Referencia: Jul/2018 -
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, KM28-Croto Rehinter-João Pessoa/PB - CEP:58114-000

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.386.133/0001-40 - Rod. Est 16/016 222-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica/N/002422850
Cód. para Dib. Automatizade: 00000278154

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNP/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Jul / 2018 | 16/07/2018 | 15/08/2018 | 382.470.940-9 |

UC (Unidade Consumidora):
5/27663-4

Canal de contato

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------|
| Data 14/06/18 | Lectura 10185 | Data 16/07/18 | Lectura 10246 | 82 |

| Demonstrativo | | | | | | | |
|---------------|-------------------------------|------------|----------|-----------------|----------------|-----------------|-----------|
| CCF | Descrição | Quantidade | Tensão | Valor Base Cen. | Alm. Integrid. | Base Cen. Freq. | Corrigida |
| 0801 | Consumo em kWh | 82.000 | 0.717832 | 37,31 | 37,31 | 25 | 9,22 |
| 0801 | Adic. B. Vermehe | | 3,77 | 3,77 | 35 | 0,94 | 3,77 |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0807 | CONTRIBUÇÃO ILM PÚBLICA | | 6,50 | 0,00 | 0 | 0,00 | 6,50 |
| 0804 | JUROS DE MORA 08/2018 | | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 08/2018 | | 0,78 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,00 |
| 0806 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 08/2018 | | 0,12 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DAMIAO CLOVES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO GONCALVES 511 - CENTRO
NOVA OLINDA/PB CEP 58758000 (AG. 154)

Emissao: 11/07/2018 Referencia: Ju/7/2018

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650
Roteiro: 4 - 150 - 430 - 3786 N° medidor: 00008675687

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650
CNPJ 09.095.183.0001-40 - Inf. Ect 16015 822-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Eletrica N 003 250 659
Cód. para Dib. Automático: 00018022194

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Jul / 2018 | 11/07/2018 | 10/08/2018 | 200.506.340-1 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1802219-4

Canal de contato

MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os
dados no cadastro único. Para mais informações, ligue para o
MDS - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão Cadastral 2018



| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|---------------|---------------|-----------|---------|------|
| Data Leitura | Data Leitura | | | |
| 11/06/18 1669 | 11/07/18 1627 | | | |

Demonstrativo

| CCII | Descrição | Quantidade | Tarifa (R\$) | Valor Base (R\$) | Alm. (R\$) | Alm. (R\$) | Base (R\$) | Consumo (R\$) | Dias |
|---|-------------------------------|------------|--------------|------------------|------------|------------|------------|---------------|------|
| Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS PIS/Cofins (R\$) (1.924,76) (4.995,55) | | | | | | | | | |
| 0301 | Consumo em kWh | 156.020 | 0,739099 | 112,77 | 112,77 | 27 | 31,52 | 112,77 | 1,26 |
| 0501 | Adic. B. Vermelha | | | 11,81 | 11,81 | 27 | 3,18 | 11,81 | 0,13 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0307 | CONTRIBILUM PÚBLICA | | | 3,52 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0304 | JUROS DE MORA 06/2018 | | | 0,26 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0305 | MULTA 06/2018 | | | 1,87 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0306 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018 | | | 0,50 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180384546 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO CLOVES DA SILVA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO
FRATURA FECHADA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO: APRESENTA DEFORMIDADE ROTACIONAL DE APROXIMADAMENTE 15º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DA INTERFALANGEANA PROXIMAL EM 40º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 4º DEDO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 4º DEDO GRAU I, RIGIDEZ ARTICULAR INTENSA EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA DISTAL. AO EXAME DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DA INTERFALANGEANA PROXIMAL, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DEFORMIDADE ROTACIONAL A NÍVEL DE FALANGE MEDIA E DISTAL DE APROXIMADAMENTE 15º, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL (2+/4+).

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 18/03/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO E FRATURA FECHADA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA LIMPEZA E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER NO DIA 21/03/2018, RETIRADA DOS FIOS APÓS 30 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional grave do 4º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/09/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso dos quirodactilos devido à deformidade rotacional e limitação da mobilidade articular. - Quadros estabelecidos conforme parecer do médico examinador, alta médica. Procedida avaliação médica na cidade de Patos.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau intenso - 75 % | 15% | R\$ 2.025,00 |
| | | Total | 15 % | R\$ 2.025,00 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'J. Julio'.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180384546**

Nome do(a) Examinado(a): **DAMIAO CLOVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA VEREADOR ANTONIO GONCALVES, S/N - CENTRO - Nova Olinda - PB - CEP 58798-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **360390092**

Data e local do acidente: [**18/03/2018**] **NOVA OLINDA PB**

Data e local do exame: [**26/09/2018**] **Patos** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO MAIS FRATURA FECHADA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO: APRESENTA DEFORMIDADE ROTACIONAL DE APROXIMADAMENTE 15º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DA INTERFALANGEANA PROXIMAL EM 40º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 4º DEDO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 4º DEDO GRAU I, RIGIDEZ ARTICULAR INTENSA EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA DISTAL. AO EXAME DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DA INTERFALANGEANA PROXIMAL, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DEFORMIDADE ROTACIONAL A NÍVEL DE FALANGE MEDIA E DISTAL DE APROXIMADAMENTE 15º, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL (2+/4+).

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 18/03/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO MAIS FRATURA FECHADA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA LIMPEZA E REGULARIZAÇÃO DOS VASOS MOLES E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER NO DIA 21/03/2018, RETIRADA DOS FIOS APÓS 30 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFORMIDADE ROTACIONAL DE 15º DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DA INTERFALANGEANA PROXIMAL EM 40º DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 4º DEDO GRAU II DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 4º DEDO GRAU I RIGIDEZ ARTICULAR EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA DISTAL. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DA INTERFALANGEANA PROXIMAL DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II DEFORMIDADE ROTACIONAL A NÍVEL DE FALANGE MEDIA E DISTAL DE 15º AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º

da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

4º QUIRODÁCTILO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniela Clever da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.050.634 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Daniela Clever da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.050.634 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

| | | | |
|---|--------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____ | Renda: _____ | COMPREV COMPRA DE PROTEÇÃO DA VIDA | Apresento os documentos comprobatórios: |
| | | 20 AGO. 2018 | |

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | | Número | Complemento |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------|
| <u>Rua Manoel Lins da Caiana</u> | | <u>58</u> | <u>Casa</u> |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>Centro</u> | <u>Itaperuna</u> | <u>PB</u> | <u>58.780-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u> | <u>83/999471520</u> | <u>83/996978811</u> | |

Itaperuna 08 de Agosto de 2018.
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniela Clever da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.050.634 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Daniela Clever da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.050.634 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

| | | | |
|---|--------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____ | Renda: _____ | COMPREV COMPRA DE PROTEÇÃO DA VIDA | Apresento os documentos comprobatórios: |
| | | 20 AGO. 2018 | |

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | | Número | Complemento |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------|
| <u>Rua Manoel Lins da Caiana</u> | | <u>58</u> | <u>Casa</u> |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>Centro</u> | <u>Itaperuna</u> | <u>PB</u> | <u>58.780-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u> | <u>83/999471520</u> | <u>83/996978811</u> | |

Itaperuna 08 de Agosto de 2018.
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Damião Venceslau da Silva

RG nº 25.006.666-X, data de expedição 23/05/2015, órgão SSP/SP,

Portador do CPF nº 573.119.861-68, com domicílio na cidade de

Nova Friburgo Estado de Paraíba, Onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada)

Rua Vereador Antônio Gonçalves, nº 511,
complemento Antônio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima: Damião Clóves da Silva,
cujo condutor era: o mesmo.

Veículo: Honda/CG 160 Titan EX MOTO

Modelo: Honda/CG 160 Titan EX

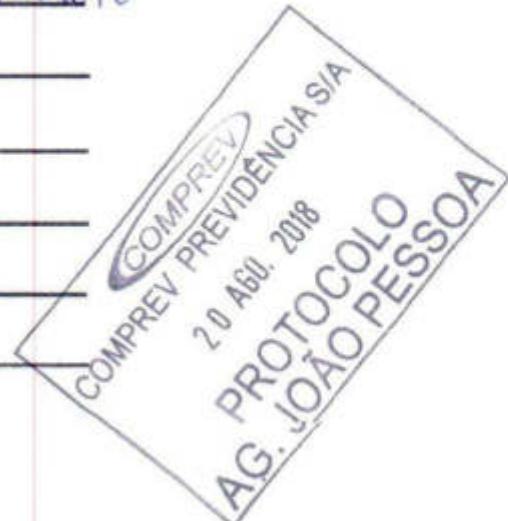
Ano: 2016/2017

Placa: QFT 1285/PB

Chassi: 9G2KC2210HR006345

Data do Acidente: 18/03/2018

Local e Data: Itapemirim, 08/08/2018



Damião V. da Silva

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

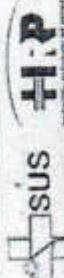


Confirme a firma por AUTENTICIDADE de DAMIÃO VENCESLAU DA
SILVA.

ITAPORANGA/PB, 8 de agosto de 2018.
Em testemunha: María Rodrigues Custodio (Escrivente)

Selo Digital - AHH45079-6FXM
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>





REF: 00000000000000000000000000000000

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268.0023/76

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY-CARNEIRO

ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, 519

CIDADE: PATOS

UF: 25

Atendim.: DOR NA MAO
Class. Risco: VERDE

Transporte: VEICULO PROPRIO

Origem: PROPRIA RESIDENCIA

Paciente: DAMIAO CLOVES DA SILVA

Reg.: N

Enc.: N

Nome Social: RITA CHAGAS DA SILVA
Filiação I: Filiação II: CLOVES JOSE DA SILVA
Nascimento: 26/12/1975 Idade: 42 Cor: BRANCA
Profissão: ENCARREGADO DE OBRA
Endereço: VEREADOR ANTONIO GONCALVES

CENTRO

NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204

Ident: 360390092 SSP-PB

Reg. Nas.: 85092

Cod. Pac.

CPF:

Data / Hora: 20/3/2018 08:27:35

ASS. PACIENTE /acompanhante ou responsável:

PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

TEMP: _____

PESO: _____

Ficha: 246436

Cid:

PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

- Infusao de soro

Cid:

PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cód. Intern. 29328

Prontuario: 85092

Data/Hora 20/3/2018 08:29:42

Ócorrência: DOR NA MAO

Classif. Risco: VERDE

Transporte: VEICULO PROPRIO

Origem: PROPRIA RESIDENCIA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente DAMIAO CLOVES DA SILVA

Idade: 42 Gênero HOMEM CIS

Filiação

Filiação I RITA CHAGAS DA SILVA

Filiação II CLOVES JOSE DA SILVA

Endereço

Cidade NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204

N...

Endereço: VEREADOR ANTONIO GONCALVES

Bairro: CENTRO

Naturalidade: NOVA OLINDA - PB

Fone: (83)9969-9304

Documentos

CNS: 702-1007-0939-2591

Identidade: 360390092 SSP=PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 26/12/1975

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: ENCARREGADO DE OBRA

Responsável:

Damiao Cloves da Silva

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Recente recaída de dor na mão esquerda

20 AGO. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dois + difusos dor no 1º dedo e 4º dedo

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Inflamação interfalangeana do 4º dedo e 1º dedo CID: _____

DADOS DA SAÍDA

Data: / / Hora: H Min

Motivo: Alta Curado Alta Melhorado Alta a pedido Transfência Evasão Óbito

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho

Ortopedia e Traumatologia

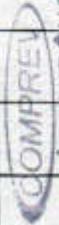
CRM-PB 7519

Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
| Nome: | Jaime Cesar da Silva | | Nº prontuário |
| Data da Cirurgia | Enf. | Leito | |
| 20/07/18 | | 1º Auxiliar | |
| Cirurgião | Janduhy Carneiro | | |
| Anestesiista | J. Jair | | Tipo de Anestesia |
| Diagnóstico Pré-Operatório | Lesão interfalangeal do 4º dedo 9º díge Piso amputado. | | |
| Tipo de Cirurgia | | | |
| Diagnóstico Pós Operatório | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Exame Radiológico no Ato | | | |
| Acidente Durante a Cirurgia | | | |
|  COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIAS/A 20 AGO, 2018 PROTOCOLO JOÃO PESSOA AG. | | | |

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

1. acertar um 90º rebatendo a ferida + parafuso
amputado / rebatendo injerto + finalizar ferida
de ferida se... / ferida...


Dr. Edilberto Almeida Júnior
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 7519

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|--|---|
| PACIENTE Kamila Chaves da Silva | | | | | GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE |
| DT. | LEITO | CONVÉNIO SUS | IDADE 42 | REGISTRO 85092 |  |
| CIRURGIA | Troca de anéis do 5º dedo | | CIRURGIA Dr. Sandrinha | | |
| ANESTESIA | Sedacal | | ANESTESISTA Dr. Rivas | HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO | |
| INSTRUMENTADORA | Silvana | | DIA 20/03/18 | INÍCIO 10:05 | FIM |

MATERIAL

| QUANTIDADE | MATERIAL | QUANTIDADE | MATERIAL |
|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|
| 1 | TX. de Instrumentador | 1 | Equipo p/soro e sangue |
| | TX. Capnógrafo | | Scalp |
| | TX. Bomba de Infusão | 1 | Luvas Est. p/ Procedimentos |
| | TX. Aplicação de Sangue | | Lâmina de Bisturi |
| 2 | TX. Monitor Cárdio-Respirador | | Sonda de Foley |
| | TX. de Laser | | Coletor de Urina |
| 2 | TX. de Curativo | | Seringa 1 ml |
| | TX. de Instalação S. Vesical | | Seringa 3 ml |
| 2 | TX. Sala | 1 | Seringa 5 ml |
| | TX. Bisturi Elétrico | 1 | Seringa 10 ml |
| | TX. Aspirador Elétrico | 1 | Seringa 20 ml |
| 2 | TX. Oxímetro de Pulso | | Eletrodos desc. |
| | Neocain | 1 | Atadura de Crepom 10cm |
| 1 | Halotano | 1 | Atadura de Crepom 20cm |
| | Thionembutal | | Atadura Gessada 10cm |
| | Quelicín | | Sonda Uretral |
| | Pavulon | | Sonda Nesogástrica |
| | Dorminid | | Éter Sulfúrico |
| | Fentanil 0,05mg | | Dreno Penrose |
| | Xiletestesin a 5% | | Dreno Succção |
| | Inoval | | Dreno de Tórax |
| X | Xilocalna a 2% | | Espandrapo |
| | Etodimide | | Xilocalna Gel |
| | Ketalar | 2 | Álcool 70% |
| | Pubicovaina 0,5% | 2 | PVPI Tintura |
| | Dimorf | 2 | Gases |
| | Lanexat 0,5ml | | Algodão Hidrófilo |
| | Narcan | | Algodão Ortopédico |
| | Forane | | Cidex |
| | Sufenta | | Vaseline Estéril |
| | Diazepam | 1 | Aguilha descartável |
| 1 | Água destilada 10ml | | Pastilha de Formol |
| | Prostigmine | | Fio Cromado 0 c/ agulha |
| | Atropina | | Fio Cromado 0 s/ agulha |
| | Adrenalina | | Fio Cromado 1 c/ agulha |
| | Efortil | | Fio Cromado 1 s/ agulha |
| 1 | Cefalotina 19g | 1 | Fio Cromado 2-0 c/ agulha |
| | Dixtal | | Fio Cromado 2-0 s/ agulha |
| | Plasil | | Cat-gut simples 0 c/ agulha |
| L | Dipirona | | Cat-gut simples 0 s/ agulha |
| | Esparin 5000 VI | | Cat-gut simples 2-0 c/ agulha |
| | Tilatil | | Cat-gut simples 2-0 s/ agulha |
| | Amicacina 500mg | | Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia |
| | Aguilha de Raque Descartável | | Cat-gut simples 3-0 c/ agulha |
| | Abbotate 20 e 22 | | Polycot 0 c/ agulha |
| | Polycot 0 s/ agulha | | Polycot 2-0 c/ agulha |
| | Polycot 2-0 s/ agulha | | Polycot 3-0 c/ agulha |
| | Polycot 3-0 s/ agulha | | Prolene 2-0 c/ agulha |
| | Prolene 0 c/ agulha | | |

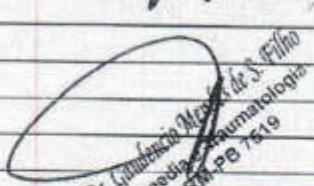
COMPRA
PREVIDÊNCIA S/A
21/06/2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: ✓ Anna Löer

LEITO: _____
REG.: _____

| DATA | HORA |
|---|-------|
| 20/03/18 | 18:00 |
| <p>it a luxatio subfalangea do: 4º mdp e 4º dpe com luxo de 9º falange com fratura</p> <p>an: luxação hiperflexa</p> | |
|  | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p>COMPRE PREVIDÊNCIA SIA 20 AGU, 2018 PROTÓCOLO AG. HÓA PESSOA</p> </div> | |

Dr. G. Gómez M. M. de S. Filho
Odontólogo e Traumatologista
CRM-PE 7519

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 ASU 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| Data | Hora | Idade | Gênero* | Nome/Nome Social | Regulado? () S () N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------|------------|------------------|--------------------------|--------------|-----------|-------------|----------|----|---|---|---|---|---|----|---------|----------|-------------|------------|------------------|-------------------|--|--|--|--|--|
| 06/03 | 14:20 | 42 | HC | DOMÍNIO GODOY | Encaminhado? () S () N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Origem*: Queixa Principal/História Atual da doença/ início dos sintomas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aumento nos dentos. PREVIDÊNCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo do atendimento*: Doenças de base | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cidade: Patos - PB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transporte: - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uso de Medicação? () N () S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROTÓCOLO PESSOAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temp.: | °C | P脉: | bpm | Resp.: | irpm SpO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>SEM DOR</td> <td>DOR LEVE</td> <td>DOR MÓDERNA</td> <td>DOR SEVERA</td> <td>DOR MUITO SEVERA</td> <td>Pior dor possivel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | SEM DOR | DOR LEVE | DOR MÓDERNA | DOR SEVERA | DOR MUITO SEVERA | Pior dor possivel | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEM DOR | DOR LEVE | DOR MÓDERNA | DOR SEVERA | DOR MUITO SEVERA | Pior dor possivel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Classificação de Risco:</p> <table border="1"> <tr> <td>() Vermelho</td> <td>() Verde</td> </tr> <tr> <td>() Amarelo</td> <td>() Azul</td> </tr> </table> <p>Especialidade Médica: Ortopedia</p> | | | | | | () Vermelho | () Verde | () Amarelo | () Azul | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Vermelho | () Verde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Amarelo | () Azul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (pcte consciente, orientado e capaz de autocuidado) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Consultar tabela para preencher

ENFERMEIRO/CARIMBO

Quimico

08



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

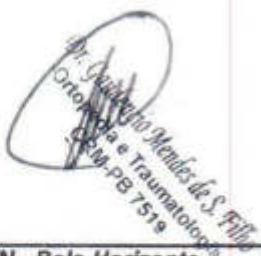


91 Januá Reeuw

2 Cefaluna 15001 — occ
Januá 0808 0104

21 lucas — occ
Januá 0808 0104

09104118.

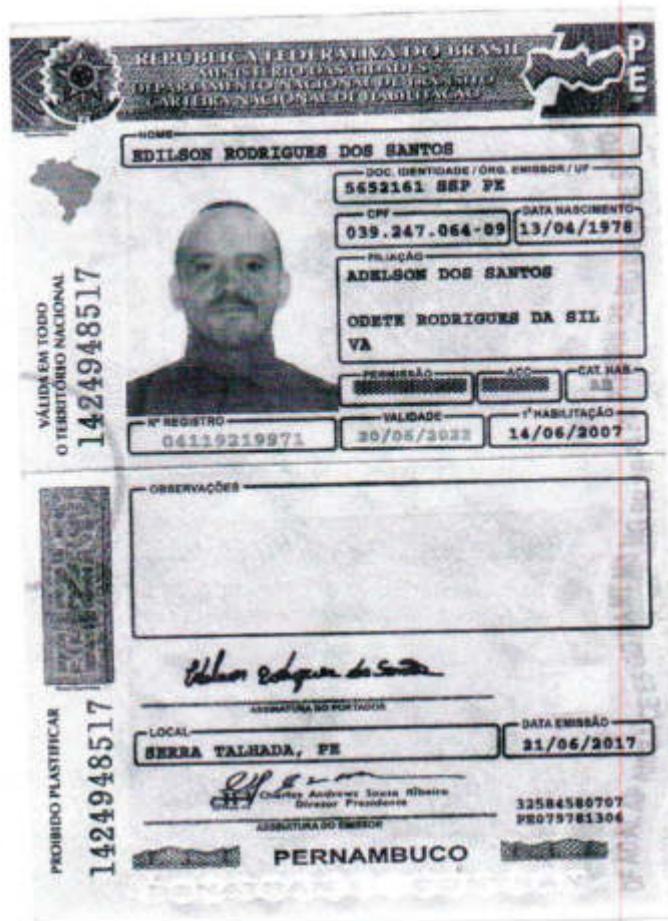


Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3421-2235 - Patos - PB.



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303897/18

Número do Sinistro: 3180384546

Vítima: DAMIAO CLOVES DA SILVA

CPF: 020.050.634-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/03/2018

Titular do CPF: DAMIAO CLOVES DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

DAMIAO CLOVES DA SILVA : 020.050.634-01

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 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: 12/09/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA