

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180563515

Vítima: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 02/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180563515**.

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

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13673970



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 102.641.994-80	Nome completo da vítima João Claudio da Silva Oliveira
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Claudio da Silva Oliveira	CPF titular da conta 102.641.994-80	Profissão Somente de Olhos
Endereço Rua José de Azeiteiro da Silva	Número 44	Complemento
Bairro Paratiburo	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email vdm.dpvat@gmail.com	CEP 58062-040	Telefone (DDD) (83) 9984-5088

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0904 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 38366 D/V 6 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NRO.	AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de Novembro de 2015
Local e Data

23 NOV. 2015

João Claudio da Silva Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08771.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08771.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:26 horas do dia 22 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Cláudio da Silva Oliveira**, CPF nº 102.641.994-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Obras, filho(a) de Maria de Fátima da Silva e Cláudio Camilo de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/03/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José de Arimatéia da Silva, Nº 44, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Mercadinho Nova Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98889-5570.

Dados do(s) Fatos:

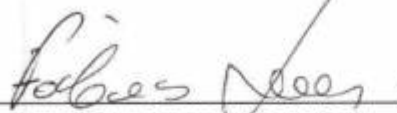
Local: R. Francisco Porfirio Ribeiro X R. Joaquim dos Santos Sobrinho, Próximo Ao Terminal da Linha 301, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/08/18 18:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

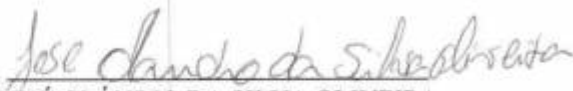
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, PRETA, 2010/2010, PLACA NQB7809/PB, CHASSI 9C2JC4120AR132676, registrada em nome de Flavia Gabryelle da S. Rodrigues, pela R. Francisco Porfirio Ribeiro quando teve sua passagem interceptada por um CARRO NÃO IDENTIFICADO, o qual saiu de vez da R. Joaquim dos Santos Sobrinho, vindo o noticiante a colidir na parte frontal esquerda do referido carro; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1533/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 31.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

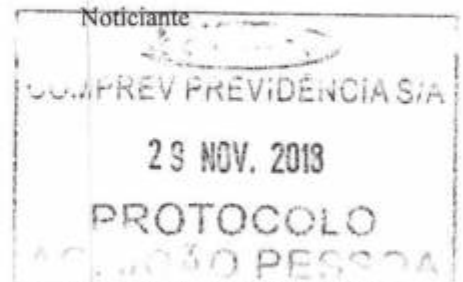
João Pessoa/PB, 22 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


JOSÉ CLÁUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 08771.01.2018.1.00.401

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

Jose Claudio da Silva Oliveira

CPF da Vítima

302.641.994-80

Data do Acidente

02/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à 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.

Jose Claudio da Silva Oliveira de 22 de Novembro de 2018
Local e Data

Jose Claudio da Silva Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Atto Declaratório

Ficha Nr: 150401

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 02/08/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 19:29:56

58056-38 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA

FAX: () - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2018.08.000281

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3382568 Fone: 88895570

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/03/1996 Id: 22 ano(s)

End.: RUA JOSE DE ARIMATEIA DA SILVA, 44

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Pai: CLAUDIO CAMILO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Tel/Doc Responsavel: 88895570 / IDENTIDADE: 3382568

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: EM MANGABEIRA/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

CORTE CONTUSO EM PE DIRT APOS CARRO BATER (SIC NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de lesão (morte - contusão). Não possui
consciência. A B C D E S/A. Apresenta fratura
na 5ª costela.

Diagnostico Fratura exposta de falange
proximal de 5ª PEConduta 1) RX da PE 5
2) Alta da cirurgia

Prescrição

Ao bloco cirurgia

Horario da medicacao
COMPLEXO PREVIDENCIA S/A

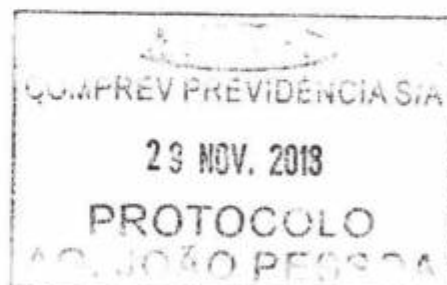
23 NOV. 2013

PROTOCOLO

JOAO PESSOA

Dr. David Anderson B. Silva
CIRURGO GERAL
CRM PB 10.941

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Jose Claudio da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000038366-6

Nr. da Autenticação 0D09CBF5DDF9B4B0

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
 RUA JOSE DE ARIMATEIA DA SILVA, 44 / Q 847 L 261 - PARATIBE
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58082040 (AG: 1)

Emissão: 31/07/2018 Referência: Jul / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Roteiro: 18 - 5 - 636 - 1460

Nº medidor: 00008562784

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 010.400.963
 Cód. para Déb. Automático: 00016356800

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

Conta referente a

Jul / 2018

Apresentação

31/07/2018

Data prevista da
próxima leitura

30/08/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

507.032.184-68

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/1635680-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

23 NOV. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

(83) 99811-5088

energisa

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávia Gabryelle da Silva Rodrigues,

RG nº 9.043.312, data de expedição 13/07/2011

Órgão SSPIPE, portador do CPF nº 10.115.47.104-40 com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua dos Palmares, nº 334

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jose Claudio da Silva Oliveira cujo o condutor era

Jose Claudio da Silva Oliveira.

Veículo: Car/motocycle / Não Aplic.

Modelo: Honda ICG 150 FAN ES

Ano: 2010/2010

Placa: MA84809 PB

Chassi: 9C2JC4A20AR139676

Data do Acidente: 10/07/2018

Local e Data: João Pessoa 22 de Novembro 2018

x Flávia Gabryelle da S. Rodrigues
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elias Pessoa de Araújo, 40 - Mangabeira/Paraíba - CEP 58206-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3328-4889 / 3328-4890

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
FLAVIA GABRYELLE DA SILVA RODRIGUES
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 20/08/2018 10:28:36
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-039330]JEMUL:R\$ 19,48 FAREM:R\$ 0,28 FERJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH305256-RGMO
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

241

CERTIDÃO

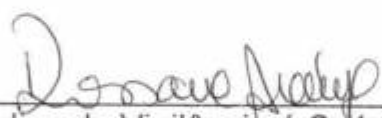
Nº. 1533/2018

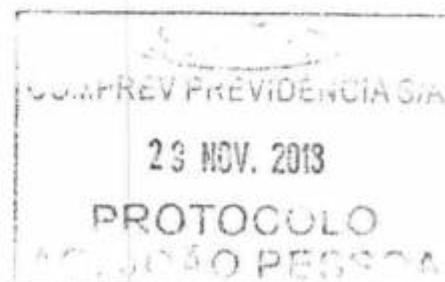
Atendendo solicitação de **JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 150401 e Prontuário nº 2018.08.000281 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 02/08/2018 às 19H29min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 5º pododáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/08/2018 com alta médica dia 02/08/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de outubro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-38 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 150401 Atd: Nao Regulad
Data: 02/08/2018
Hora: 19:29:56
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DAOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.000281

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3382568 Fone: 88895570

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/03/1996 Id: 22 ano(s)

End.: RUA JOSE DE ARIMATEIA DA SILVA, 44

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Pai: CLAUDIO CAMILO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA

Tel/Doc Responsavel: 88895570 / IDENTIDADE: 3382568

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: EM MANGABEIRA/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

CORTE CONTUSO EM PE DIRT APOS CARRO BATER (SIC NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC))

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pe com trauma de lesão [morte - comat - não mais o
consciência. A B C D E 3/A. 23 NOV. 2013

Diagnostico *Fx exposta de falange*
proximal de 5º PAE

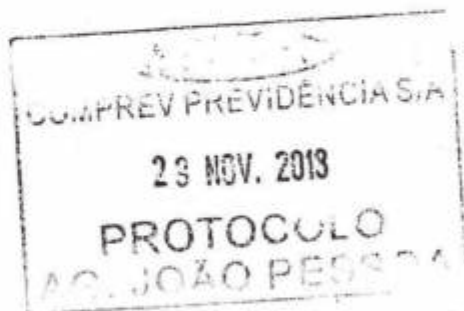
Conduta *1) RX*
2) Alta da cirurgia

Prescricao *AO bloco cirurgico*

Horario *3) Protocolo de Ortopedia*

Dr. David Anderson R. Silva
CIRURGIA GERAL
CRM PB 10.941

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Jose Claudio da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Manoel de S. Almeida **Data da Admissão:** 02/08/18

Prontuário: _____ **Idade:** 22a **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1/

QPD: Doença p.d.

HDA: Paciente vítima de trauma em p.d. apresentando
fractura de mão. em p.d.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ **Outros:** _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex. evd. fat. de fala normal de*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex. experta de fala normal de*

Conduta: *ao Uro cirurgico para LMC*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em D.H. no antebraço local
- ② Lúmpia + anti sepsis
- ③ Apoiar de campo estéril.

Incisão: ④ Incisão pontiforme para aproximação de 1º f. de d. k.

Achados: ⑤ Frat. exposta de tipo falange proximal de 5º P.D.

Conduta: ⑥ Limpeza mecânica cirúrgica exaustiva com SF0,9% + hemostático de l. desintegrado.
⑦ Aproximação de d. de k n.º 2.5mm em pont. de falange proximal de 5º P.D.
⑧ Sutura de fecho operatório.

Fechamento: ⑨ Sutura de fecho operatório.

OBS:

Data: 02/08/18

Dx. Tago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM-PB 10933

MEDICO/CRM

Dr. Frederico
Gomes



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>José Claudio de S. Albino</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>22h</u>	SEXO <u>hom</u>	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>02/08/18</u>		DATA DE ALTA <u>02/08</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fret. de falange proximal de 5º PD</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Onco</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx + exame físico</u>					
CEDIMENTO REALIZADO: <u>trat. Cirurgico</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente submetido a tratamento cirurgico de LMC. Antibia + fisioterapia de post-ent. SPDD + fisio. paciente apto para alta hospitalar.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "bubão" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<u>Aspir + Anti-hist</u>
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Frederico</u> em 30 dias para revisão.

DATA <u>02/08/18</u>	ASS. MÉDICO / CRM <u>Dr. Thiago Bruni F. Pinheiro</u> <u>Médico</u> <u>CRM-PB 10933</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-004



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

23 NOV. 2013

PROT. 113

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE

EXPEDIÇÃO

12/07/2012

3.382.568 -2 VIA

NOME JOSÉ CLÁUDIO DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO CLÁUDIO CAMILO DE OLIVEIRA

MÁRIA DE FÁTIMA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

18/03/1996

DOC ORIGEM

NASC.N.21510 FLS.96V LIV.A-20

CARTORIO 5º JOÃO PESSOA-PB

CPF

102.641.994-80

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082091862
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 20180000290967 EXERCÍCIO 1 0025056855-1 00/00000000 2018

NOME FLAVIA GABRYELLE DA S RODRIGUES

CPF/CNPJ 10754710440

PLACA NQB7809/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB

CHASSI 9C2JC4120AR132676

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENC/COTAS 1º

FAIXA IPVA *****

PARCELAMENTO/COTAS 0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

05/07/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOAO PESSOA LOCAL

42005

DATA 17/08/2018

733768

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 014082091862

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

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 17/08/2018

VIA 1

CPF / CNPJ 10754710440

PLACA NQB7809/PB

RENAVAM 00250568551

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2010

CAT. TARIF. 9

Nº CHASSI 9C2JC4120AR132676

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DENATRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

05/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

733768-0824459-20180817

JUN-2018

PREV PREVIDENCIA SIA
23 NOV. 2013
PROTOCOLO

98379-15570
Jose Claudio
da S

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180563515 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 02 R - 12

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Flávia Gabryelle da S. Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.273.312 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2011

NOME << FLÁVIA GABRYELLE DA SILVA RODRIGUES >>

FILIAÇÃO << JOSÉ RICARDO RODRIGUES DOS SANTOS >>
<< FÁBIANA DA SILVA RODRIGUES >>

NATURALIDADE GARANHUNS - PE DATA DE NASCIMENTO 16/03/1999

DO URGENTE << CN.43108 L.120A F.151 CART.1ª ZONA JUD.GARANHUNS-PE 27.07.1999 >>

CPI

ASSINATURA DO DETENTOR DA CARTEIRA

F-44 92.157 - 4423

Proprietária do veículo





Proprietária do Veículo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180563515 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00