
Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017540

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017540

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000004099**

Conta: **0000006487-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.290.114-98 4 - Nome completo da vítima: Hegima Luiz de Oliveira Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Hegima Luiz de Oliveira Neto 6 - CPF: 046.290.114-98
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Cel. Adolfo Marra 9 - Número: 742 10 - Complemento:
11 - Bairro: Outizinho 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58088-620
15 - E-mail: eduardesilvaadm@outlook.com 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4099 ☐ CONTA: 06487 ☐ 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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.

22 - 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 a 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

34 - ☐ Impugnado ☐ Alega ilegitimidade ☐ Beneficiário ☐ Não beneficiário
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 30/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Hegima Luiz de Oliveira Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 4742 5062

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA N

4099 013 00006487-7

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14385.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14385.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:11 horas do dia 17 de dezembro de 2019, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Higino Luiz de Oliveira Neto**, CPF nº 046.290.114-98, RG nº 2850355 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Motorista, filho(a) de Maria Jose Costa de Oliveira e Ronaldo Liz de Oliveira, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/05/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Coronel Adolfo Massa, Nº 742, complemento Casa, bairro Otizeiro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Posto de Combustível, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98796-2599.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Campo do Santos, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/09/19 12:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o Veículo, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2012 Cor: PRETA, placa: OFC1047/PB, Chassi: 9C2JC4110CR561332 na rua Abelardo Targino da Fonseca, quando com seta ligada para entrar a direita foi surpreendido por outra motocicleta que efetuou uma manobra indevida pela direita, vindo a colidir, com o veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, onde foi conduzido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Gov. Tarcísio Burity, onde foi atendido e diagnosticado com fratura da falange proximal do polegar e e encaminhado para fazer uma redução incruenta + gesso luva, conforme prontuário emitido pelo Dr. Luis Filipe Lessa - CRM: 10206/PB.

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, 17 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.290.114-98 4 - Nome completo da vítima: Hegima Luiz de Oliveira Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Hegima Luiz de Oliveira Neto 6 - CPF: 046.290.114-98
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Cel. Adolfo Marra 9 - Número: 742 10 - Complemento:
11 - Bairro: Outizinho 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58088-620
15 - E-mail: eduardesilvaadm@outlook.com 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4099 ☐ CONTA: 06487 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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.

22 - 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 a 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 30/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Hegima Luiz de Oliveira Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 4742 5062

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA N

4099 013 00006487-7

elo

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 05/09/19	ID da Ocorrência: 3549395	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 07	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 13:02 Hs	Hora de Chegada no Local: 13:07 Hs
Paciente / Usuário: Higuer Luiz de Oliveira Melo				Idade: 37	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone: _____
Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro: _____						
Logradouro: R. Odeberto Targino				Bairro: Campo do Sales	Médico Regulador: Jura	
Quantidade da vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro: Dr. Charles						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
CHM				Destino (Unidade Hospitalar): _____		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo: Colisão moto x moto	Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS	Responsável: _____
☒ Acidente de Trânsito	Hospital de Destino: _____
☐ Colisão carro x moto	Responsável: _____
☐ Queda de moto	
☐ Atropelamento por:	
☐ Colisão carro x carro	
☐ Capotamento	
☐ Outro: _____	
☐ F.A.F.	ANTECEDENTES
☐ F.A.B.	☐ AIDS
☐ Agressão Física	☐ Alcoolismo
☐ Afogamento	☐ AVC
☐ Queda - Altura aproximada: _____	☐ Convulsões
☐ Soterramento / Desabamento	☐ Diabetes
☐ Choque Elétrico	☐ Doença Cardíaca
	☐ Doença Infecto-contagiosa
☐ Outro: COLISÃO MOTO X MOTO	☐ Doença Menial
	☐ Doença Renal
	☐ Droga
	☐ Hipertensão Arterial
	☐ Internamentos Anteriores
	☐ Problemas Respiratórios
	☐ Medicamentos de uso Contínuo
	Quais? Nega patologias e/ou alergias.

1. DADOS VITAIS
PA: **120x80** FC: **70** FR: **17** HGT: **—** SpO2 - SI/O2: **95%** SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: **Dor, integridade da pele prejudicada**

Intervenções: **Avaliação primária e secundária; avaliação SSVU, AUP + SRL, emobiliza**

Evolução do Enfermeiro: **av. do dedo**

Tem um pequeno colar lateral moto x moto, estava com capote, não estava cabeça (sic), nega dor a palpção da coluna, sem alteração hem. do movimento. Tórax estável e simétrico. APB, fôlego e insufl. Distal hemodinamicamente, pulso cheio. Suspeita de fratura no polegar D 1º C - Te. my. Lucas) realizada imobilização. Queixa de dor e parestesia no polegar, perfusão preservada. ECG 15. Conduzido ao CHM.

2 - VIA AÉREA:

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Instalação de Oxigênio (O₂)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☐ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**PERTENCENTES DA VÍTIMA**

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo de _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____ MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04099

CONTA: 000000006487-7

Nr. da Autenticação 8E55C566312F99CF

Hipercard

00156256



PC-00

MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA
AV CEL ADOLFO MASSA 742
QD C LT 5 - OITIZEIRO
58088-620 JOAO PESSOA - PB

Postagem: 22/09/2019
Vencimento: 08/10/2019
Emissão: 22/09/2019
Fechamento próxima fatura: 22/10/2019

220919

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	421,04
Pagamentos efetuados	- 424,00
Saldo financiado	- 2,96
Encargos (financiamento + moratório)	1,06
Lançamentos atuais	415,01
Total desta fatura	413,11

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.1203**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

08/10/2019

A) pagamento total

413,11

B) pagamento mínimo

62,87

C) parcelas fixas

31,67
+23x 31,67

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.050,00
Limite utilizado no mês	413,11

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
30/08 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 124,00
09/09 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 300,00
Total dos pagamentos	- 424,00

Lançamentos: compras e saques

MARIA J C OLIVEIRA (final 1203)		VALOR EM R\$
DATA	ESTABELECIMENTO	
26/06	B037 HIPER JO70 PE15/15 (LAGOA)	30,06
20/06	LUMAE PRATAS - FRA04/06 JOAO PESSOA	36,20
24/07	DELLCELL 03/03 JOAO PESSOA	89,34
22/08	PLANO CI RIO DE JANEIR	29,99
24/08	POSTO MONACO JP JOAO PESSOA	20,00

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento: 00132961247/0004666
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA - 010.408.454-52
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA, 251, 1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE

recibo do pagador
Nosso Número: 175/12961247-6
Valor do documento: R\$ 413,11
Vencimento: 08/10/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75322 96124.762046 00173.090002 2 000	
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					Data de Vencimento 08/10/2019
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251, 1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE					Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9
Data do Documento 08/10/2019	Número do Documento 00132961247/0004666	Espécie DOC FT	Aceite N	Data do Processamento 22/09/2019	Nosso Número 175/12961247-6
Unidade do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 413,11
Instruções de responsabilidade do beneficiário: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.					(i) Descontos / Abatimentos (ii) Juros / Multa (iii) Valor Pago
Nome do Pagador / CPF / CNPJ / Endereço / Cidade / UF / CEP MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA - 010.408.454-52 AV CEL ADOLFO MASSA 742 - QD C LT 5 - OITIZEIRO - 58088-620 JOAO PESSOA - PB Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

IPAL DE JOAO PESSOA
MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

4 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 23947

Data: 05/09/2019

Hora: 13:39:45

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAUJO

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: ~~9913330~~

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1982 Id: 37 ano(s)

End.: RUA LUIZ RIBEIRO DO AMARAL, 76

Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EX MULHER-MONICA SOARES

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.09.000540

98796 2599

Pai: RONALDO LUIZ DE OLIVEIRA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL MOTOXMOTO HJ A TARDE PROX DE CASA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Pct trauma anterior do rosto
apresentando trauma em mo dist
Nega outras queixas

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Trauma de mo

Conduta

Ats cuidados da
Ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

Augusto Cesar
Médico
CRM-PB 576

Product de mate of piece no n. ⑥
300: case cost & quantity
scale for no ms ⑥

Re: ft commit for prego @ 1 Sem nmo

Q: About carotid:

a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Intermaiores hermiticos

Dr. Tibério Vanomart,
Ortopedia/Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252/ROE 5489

- Afuzhi me 2y + 4D (N (4 gone) 15:20

Id	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1	Paracetamol	500mg	08:00	10/05/2024
2	Paracetamol	500mg	12:00	10/05/2024
3	Paracetamol	500mg	16:00	10/05/2024
4	Paracetamol	500mg	20:00	10/05/2024
5	Paracetamol	500mg	00:00	11/05/2024
6	Paracetamol	500mg	04:00	11/05/2024
7	Paracetamol	500mg	08:00	11/05/2024
8	Paracetamol	500mg	12:00	11/05/2024
9	Paracetamol	500mg	16:00	11/05/2024
10	Paracetamol	500mg	20:00	11/05/2024
11	Paracetamol	500mg	00:00	12/05/2024
12	Paracetamol	500mg	04:00	12/05/2024
13	Paracetamol	500mg	08:00	12/05/2024
14	Paracetamol	500mg	12:00	12/05/2024
15	Paracetamol	500mg	16:00	12/05/2024
16	Paracetamol	500mg	20:00	12/05/2024
17	Paracetamol	500mg	00:00	13/05/2024
18	Paracetamol	500mg	04:00	13/05/2024
19	Paracetamol	500mg	08:00	13/05/2024
20	Paracetamol	500mg	12:00	13/05/2024
21	Paracetamol	500mg	16:00	13/05/2024
22	Paracetamol	500mg	20:00	13/05/2024
23	Paracetamol	500mg	00:00	14/05/2024
24	Paracetamol	500mg	04:00	14/05/2024
25	Paracetamol	500mg	08:00	14/05/2024
26	Paracetamol	500mg	12:00	14/05/2024
27	Paracetamol	500mg	16:00	14/05/2024
28	Paracetamol	500mg	20:00	14/05/2024
29	Paracetamol	500mg	00:00	15/05/2024
30	Paracetamol	500mg	04:00	15/05/2024
31	Paracetamol	500mg	08:00	15/05/2024
32	Paracetamol	500mg	12:00	15/05/2024
33	Paracetamol	500mg	16:00	15/05/2024
34	Paracetamol	500mg	20:00	15/05/2024
35	Paracetamol	500mg	00:00	16/05/2024
36	Paracetamol	500mg	04:00	16/05/2024
37	Paracetamol	500mg	08:00	16/05/2024
38	Paracetamol	500mg	12:00	16/05/2024
39	Paracetamol	500mg	16:00	16/05/2024
40	Paracetamol	500mg	20:00	16/05/2024
41	Paracetamol	500mg	00:00	17/05/2024
42	Paracetamol	500mg	04:00	17/05/2024
43	Paracetamol	500mg	08:00	17/05/2024
44	Paracetamol	500mg	12:00	17/05/2024
45	Paracetamol	500mg	16:00	17/05/2024
46	Paracetamol	500mg	20:00	17/05/2024
47	Paracetamol	500mg	00:00	18/05/2024
48	Paracetamol	500mg	04:00	18/05/2024
49	Paracetamol	500mg	08:00	18/05/2024
50	Paracetamol	500mg	12:00	18/05/2024
51	Paracetamol	500mg	16:00	18/05/2024
52	Paracetamol	500mg	20:00	18/05/2024
53	Paracetamol	500mg	00:00	19/05/2024
54	Paracetamol	500mg	04:00	19/05/2024
55	Paracetamol	500mg	08:00	19/05/2024
56	Paracetamol	500mg	12:00	19/05/2024
57	Paracetamol	500mg	16:00	19/05/2024
58	Paracetamol	500mg	20:00	19/05/2024
59	Paracetamol	500mg	00:00	20/05/2024
60	Paracetamol	500mg	04:00	20/05/2024
61	Paracetamol	500mg	08:00	20/05/2024
62	Paracetamol	500mg	12:00	20/05/2024
63	Paracetamol	500mg	16:00	20/05/2024
64	Paracetamol	500mg	20:00	20/05/2024
65	Paracetamol	500mg	00:00	21/05/2024
66	Paracetamol	500mg	04:00	21/05/2024
67	Paracetamol</			

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucão
402m0058	5/28	8/48	030700062
			0303090227
			0408020272
			0408020098
			0408020083

Assinatura da Enfermagem

Reservado para Liberação

Assinatura da Enfermagem

DEEDIMENTO REALIZADO

STINO DO PACIENTE

Residência	☐	Transferido	☐	Desistência	☐	UTI
Alta a pedido	☐	Enfermaria	Obito: ☐	Atestado	☐	SVO ☐ IML ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: <i>Higino Luiz de Oliveira Neto</i>				Registro: 2019090540	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>18/09/2019</i>			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura da falange proximal do polegar</i>					<i>S62.6</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução incruenta + gesso luva</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta + gesso luva

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 18 / 09 / 2019

Dr. Luis Filipe L
Traumatologia e Ortopedia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-PB 10.206 TEOT

MÉDICO/CRM

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY

Unidade Executante:
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE - S/N - - MANGABEIRA PROSIND I

Central Reguladora
JOAO PESSOA

Data de Solicitação
05.09.2019 - 16:48:59

Data de Autorização
05/09/2019 - 17:01:58

Data de Reserva
05.09.2019

Data de Internação
05.09.2019

Data Prevista de Alta
06.09.2019

Data de Alta
11/09/2019 - 10:12:57

Motivo da Alta
3.1 TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CNES:

2399628

CNES:

2399628

Município Executante

JOAO PESSOA

Operador

RODRIGO08872277400SOL

Operador

DMACEDO

Operador

RODRIGO08872277400EXE

Operador

GLADYSTON85476323449EXE

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

707003886471731

Nome do Paciente

HIGINIO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Nome da Mãe

MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

05/05/1982 (37 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:**País de Residência:**

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

CABEDELO - PB

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

PROJETADA

Bairro:

MANGABIRA VIII

Município de Residência:

JOAO PESSOA

Complemento:

Q L

CEP:

58055-000

UF:

PB

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

05760536435

CPF do Médico Executante:

05760536435

Diagnóstico Inicial - CID:

S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

Caráter

11 - Urgência

Clínica:ESPEC - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA**Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA /
LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO
(COM FIXAÇÃO)**Nome do Médico Solicitante:**

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS

Nome do Médico Executante:

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020342

Status da Solicitação:

TROCA

TROCA DE PROCEDIMENTOS

CID	Procedimento	Solicitante	Status
T022 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPAS DE UM MEMBRO SUPERIOR	0308010019 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA	GLADYSTON85476323449EXE 11.09.2019 - 10:12	Pendente

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE COM DOR + EDEMA EM 1 QD (D) DEVIDO A TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX

Condições que Justificam a Internação:

CIRÚRGICO

PARCER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Hilgino Luiz O. Neto Data da Admissão: 05/09/18
Prontuário: _____ Idade: 37 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: _____

HDA: Don e pericardite em 1.º QPD de
vindo tre e me por acidente e ele me
te

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] 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-reposou ☒ 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: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Ta

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fretu no do 1º abd

Conduta:

F nta mação hemi telor

Dr.
Oni



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Flavio Luis de Oliveira Neto				PRONTUÁRIO Nº	2019090540
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO	

DATA DE ACESSO	05/09/14	DATA DE ALTA	18/09/14	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
----------------	----------	--------------	----------	----------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL	Gastrite de placas gástricas		CID	S02.0
---------------------	------------------------------	--	-----	-------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	e polipe			
------------------------	----------	--	--	--

EXAMES DIAGNÓSTICOS				
---------------------	--	--	--	--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	Karyo + teste das plaquetas.			
--------------------------	------------------------------	--	--	--

TERAPIAS MEDICAMENTOSAS				
-------------------------	--	--	--	--

ANATOMIA PATOLÓGICA				
---------------------	--	--	--	--

INFECÇÃO	☐ SIM	☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☐ NÃO
----------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

TESTES BACTERIOLÓGICOS					
------------------------	--	--	--	--	--

EVOLUÇÃO DA DOENÇA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
--------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

EVOLUÇÃO DA DOENÇA	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES:				
--------------------	--	--	--	--	--

O plano de tratamento consistiu em					
------------------------------------	--	--	--	--	--

devido ao tempo de evolução					
-----------------------------	--	--	--	--	--

e pelo risco de ruptura					
-------------------------	--	--	--	--	--

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por 20 dias.

dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em dias e com esforço maior em dias.

ATIVIDADES COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO

Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório do

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

12/09/14

DATA

Dr. Luis Filipe Bessa
Transfusiologia / Oncologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-PB 10.206 / 1507 14320
MÉDICO - CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CAPTELA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODOS
OS ESTADOS DO BRASIL

1838292390



Nome
RICINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

DOC. IDENTIFICAÇÃO
2050325-000-28

CPF
046.250.114-96

DATA NASCIMENTO
05/05/1962

RENOME
RICINALDO LUIZ DE OLIVEIRA
MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA
A

PERMISSÃO
B

ACC
B

DATA HAB.
12

Nº REGISTRO
J687413267

VALIDEZ
15/05/2014

1ª HABILITAÇÃO
09/05/2016

OBSERVAÇÕES
GRUPO A

1838292390

Ricino Luiz de Oliveira Neto

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
10/07/2019

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

00420130903
#B030211791

PARAÍBA

DENATRAN

CONTRAN

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço:
< <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >.

SERPRO / DENATRAN

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01545529399

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD. DE REG. 20190000423460 - EXERCÍCIO

1 0047636393-4 00/00000000 2019

ALYSSON JOSE CARNEIRO MARQUES

10118199455 0FC1047/PB

NOVO PB PC2JC4K10CR561332

PAS/MOTORIZADO NOVO 112

HONDA/CG 125 FAN RS

2 P/124 /CI PARTIC

1 00/00/0000

00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB

18/09/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017540 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO DIREITA.
FRATURA DE 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-POLEGAR), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3.4_CIRURGIA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017540 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO DIREITA.
FRATURA DE 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-POLEGAR), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3.4_CIRURGIA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015279/20

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

CPF: 046.290.114-98

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 05/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO : 046.290.114-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
CPF: 046.290.114-98

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA