
Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190404284 Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: 0219791/19	CPF da vítima: 70141455411	Nome completo da vítima: Renon Pedro de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Renon Pedro de Silva		CPF: 70141455411
Profissão: segurança	Endereço: Sítio Umari	Número: 512
Bairro: Zona Rural	Cidade: Catanduva	CEP: 58455-000
E-mail:	Estado: PB	Tel.(DDD): 833734128

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Paraná do Brasil**

AGÊNCIA: **1654** **3** CONTA: **22084** **1**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Companhia Grande - PB 02/10/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Renon Pedro de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



CERTIDÃO Nº. 021/2018

CERTIFICO, em razão do meu Cargo é a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo em Cartório desta Delegacia de Polícia Civil a pasta destinada ao registro de Ocorrências Policiais nº001/2018, verifiquei constar o assentamento da ocorrência policial nº021/2018 cujo teor passa a transcrever na íntegra: "Ao 01 (primeiro) dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava Cláudio Manoel Fernandes Marques, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado, por volta de 10h40min, compareceu: **RENAN PEDRO DA SILVA, NATURAL DE CAMPINA GRANDE – PB, AGRICULTOR, CASADO, COM 22 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 22/11/1996, ALFABETIZADO, RG Nº. 4011056 SSP/PB, FILHO DE JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSÉ NASCIMENTO SILVA, RESIDENTE NO SÍTIO CAMPO DE EMAS, ZONA RURAL, CAMPINA GRANDE – PB, PODENDO SER CONTATADO PELO TELEFONE 98791-4673.** Ciente das penalidades impostas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro noticiou que no dia 04/08/2017, por volta das 10h02min, pilotava a **motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, 2011/2011, VERMELHA, PLACA OEW2758/PB, CHASSI 9C2KC1670BR626789 registrada em nome de SEVERINO DE SOUSA; Que transitava por uma estrada de terra no Sítio Umari, indo para o trabalho, quando em uma curva foi abalroado por um automóvel que vinha em sentido contrário; Que não sabe qual veículo o abalroou nem a placa do mesmo; Que populares ligaram para o SAMU e uma ambulância esteve no local e o conduziu para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB. O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, ao 01 dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito.**



Josivane José da Silva
Escrivão de Polícia Civil

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

Nº do sinistro ou ASL: 0219791/19	CPF da vítima: 70141455411	Nome completo da vítima: Renon Pedro de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Renon Pedro de Silva		CPF: 70141455411
Profissão: segurança	Endereço: Sítio Umari	Número: 512
Bairro: Zona Rural	Cidade: Catanduva	CEP: 58455-000
E-mail:	Estado: PB	Tel.(DDD): 833734128

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Paraná do Brasil**

AGÊNCIA: **1654** **3** CONTA: **22084** **1**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Companhia Grande - PB 02/10/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Renon Pedro de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192
USB-43

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação, que **RENAN PEDRO DA SILVA**, 21 anos, RG: 4.011.056 SSDS/PB, CPF: 701.414.554-11, foi atendido pela equipe de socorristas (Enfermeiro, Técnica em Enfermagem e Condutor Socorrista) deste estabelecimento de saúde, vítima de colisão carro/moto no dia 04/08/2017, ID: 1595310 às 10h02min. Realizado atendimento de acordo com Protocolo vigente, e o paciente foi removido para o hospital de trauma de Campina Grande conforme regulação médica.

Por ser verdade, eu dato e assino a presente declaração.

Caturité - PB, 16 de Agosto de 2017.

Dr. João Carlos B. Santos
ENFERMEIRO
COREN/PB 478203

João Carlos Belo dos Santos
Enfermeiro – COREN PB 478.203
Responsável Técnico do SAMU Caturité/PB



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica. Nº 027.265.945



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA
SIT UMARI S/N
CATURITE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/714044-5

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

28/06/2019

CONSUMO

36

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 33,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03301.144170 6 79410000003360

Pagador: ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 143.256.334-30

SIT UMARI S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003301144	000000000201906	05/07/2019	R\$ 33,60	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Carlos da Silva, RG de nº 13.22.3638, data de expedição 27/09/2016, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 0661.5071354126, com domicílio na cidade de Caturité, no Estado de Pernambuco, onde reside na (20m rural) Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Campo de Caurós nº 511, Bairro Zona Rural, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Renan Pedro do Silva cujo o condutor era Renan Pedro do Silva.

Veículo Motocicleta
Modelo Honda POP 110i
Ano 2016
Placa DFN 8005
Chassi 9C2FBD100E2212869
Data do Acidente 04.08.2017
Local e Data Sítio Umaná 04.08.17



João Carlos da Silva
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Reconheço a firma de João Carlos da Silva,
por autenticidade
em 04 de julho de 2018
Em 17 da verdade dos fatos.
João Afonso Nunes
Escritor

09.369.224/0001-40
Cartório do Registro Civil e Notas
Rua João Queiroga, 94
Centro - CEP 58455-000
CATURITÉ PB

SELO DIGITAL
AHC36819-POTE

04.07.19

Certidão

EU Remem Pedro de Silva natural de Comlândia Grande PB Portador do RG 4.011.056 e CPF 701.414.554-11 agricultor casado com 23 anos de idade, nascido em 22.11.1996. Filho de José da Silva e Maria Jose Nascimento Silva morador na zona rural no sítio da Mary. Venho por meio desta informar que em 04.02.2017 eu ia trabalhar conduzindo uma FARM VERMELHA PLACA DEW. 2758, PBE #HSSI 9C2KC 1670 BR 626789. Em nome de SEVERINO DE SOUSA. que eu trabalhava em uma estrada de Terra no sítio da Mary quando em uma curva fui alcançado por um automóvel que vinha em sentido contrário que não sei qual o veículo que me alcançou nem placa do mesmo os populares ligaram para o SAMU e a ambulância veio mais tarde no local e fui conduzido para o HOSPITAL DE TERMO de Comlândia Grande PB o referido veículo. Com fratura no Perno esquerdo e Braço esquerdo igual foi feita uma cirurgia no Perno esquerdo. Vinde o Poder o Seguro DIPV sendo que não tenho mais contato com o proprietário do moto. Por isso estou fazendo esta declaração.

Remem Pedro de Silva.



Favoni



GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1480251 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.776.266/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Marimás, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/08/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Andreza Da Silva Araújo

PACIENTE: RENAN PEDRO DA SILVA CEP: 58455000 Nascimento: 22/11/1995

Endereço: SÍTIO CAMPOS DE EMAS

Sexo: M Telefone: 86507580

Cidade: Catuthe

Idade: 021 Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA JOSE NASCIMENTO

RG: 4011056 Nº: 0

Responsável: MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA CPF: 70141455411

Profissão: ALMOXARIFADO

Estado Civil: Solteira

Data de Atendimento: 04/08/2017

CNS: 708403242029964

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:32:48

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura osses fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura osses aberta |
| 3. Aceleração | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de contusão |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalramento | 26. Mordedura |
| 9. Enfiamento subcutâneo | 27. Mordedura torácica paravertebral |
| 10. Enfiamento | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Otite |
| 12. F. Agna branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Agna de fôlego | 31. Paralisia |
| 14. F. Contusão | 32. Paralisia |
| 15. F. Contusão | 33. Queimadura |
| 16. F. Contusão | 34. Sideração |
| 17. F. Fartura-contusão | 35. Sinal de triagem |
| 18. F. Fartura-contusão | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Peluha

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico: Vítima de acidente de trânsito (colisão) com carro e ônibus de 02 rodas. Enfoque de contusão. Não houve fratura de membros superiores, membros inferiores, do tórax e abdômen. E a fratura do fêmur do lado direito de lesão curvada e fratura.

Cirurgião

ALERGIA: NUNCA

MEDICAMENTOS: NUNCA

PATOLOGIAS: NUNCA

EXAME FÍSICO

PUPILAS: (X) Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

GLAUCOMA: NUNCA, PA HGT: SATUR: 94% SATUR: 94%

HGT: SATUR: 94% SATUR: 94%

01 JUL 2019

EXAMES SOLICITADOS:

Exames laboratoriais: Hemograma, Gasometria arterial, () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Dr. Carlos* às : Dia 04/08/19Especialista: *Dr. Carlos* às : Dia 04/08/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Aplicação de - 01 gesso + 40 EVI apertado	
2	500 mg 2000 mg EVI gesso	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Carlos

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Paciente vítima de acidente de moto
 dir. a esquerda em plena e
 A esse fim e necessário
 apresentar a fatura exposta de
 fatura
 co: Ao CL

Dr. Julio Cesar Castro
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RS-9965



DESTINO DO PACIENTE _____ hs _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

() Centro cirúrgico _____
 () Internação (setor) _____
 () Alta hospitalar / () A revelia
 () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
 () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ficha de Acolhimento



Nome: *Perceira Pedro da Silva*

End: *ST Campos da Ema*

Bairro: *Centro*

Data de Nascimento: *22-11-95*

Documento de Identificação:

Queixa: *dores no tórax* Data do Atend.: *04.08.17* Hora: *15:25* Documento:

Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida

Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

MOD. 110

Urgência

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Bruna Moura da Silva
Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Renan Ferraz Alojamento 01101. 2018 Leito 1 Convênio

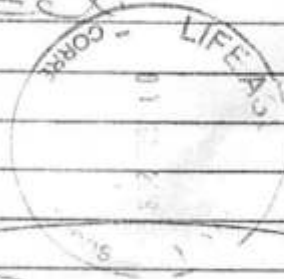
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1. Piora Linc		
	2. Torção Salinizada		
	3. Comprimido 1g @ 12h	12 (12h) (24)	
	4. Tramadol 100 - 100 - 100		
	5. Sifaluo y 100 @ 12h	24	
	6. Paracetamol 100 - 100 @ 6h	24	
	7. Omeprazol 20 - 100 @	06	
	8. Clonazepam 1mg @ 12h	24	
	9. Ceftriaxona 1g @ 12h	24	
	10. Penicilina 400.000 @ 12h	24 (39h) 06 (7h)	
			Tetra amine de acidente de morte de luc com per zente com per
			MD: Fratura GP diag. de fratura
			Do exame: Exame 2+14+ Solicitado Rx Cotovelo, Antebraço, Braço Ex: Fratura supracondilária humeral e dos fracos do vomer pelo eixo de Dind. compat
			cd. Craniotomia e Gastrotomia @ Heterogênia oral



Nome do Paciente <u>ANDRÉ PAIRO</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>04.08.14</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Luiz Henrique</u>	1º Auxiliar <u>Dr. João Paulo</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Tumor Cístico de Fígado</u>			
Tipo de Operação <u>Limpes e Ressecamento</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. <u>Desseque e Antissepsia</u>
2. <u>Proximidade de Campos estereos</u>
3. <u>Ligadura e desbridamento</u>
4. <u>Ligadura de vasos</u>
5. <u>Sutura de retalho</u>
6. <u>Curativo local</u>



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Operador V.

for Exp Fibule

7.1	Convênio
-----	----------

Yury de Paiva Câmara
CRAFPA 1100

OK

01 JUL 2013



GOVERNO
DA PARAÍBA

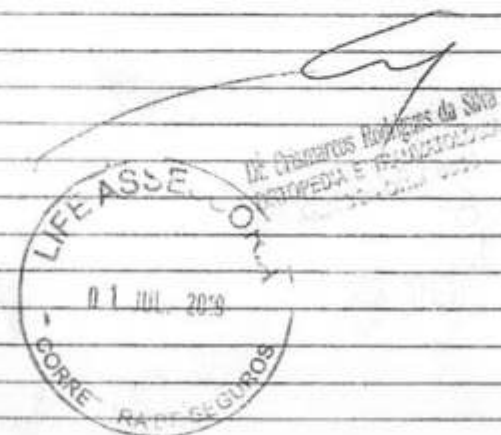
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

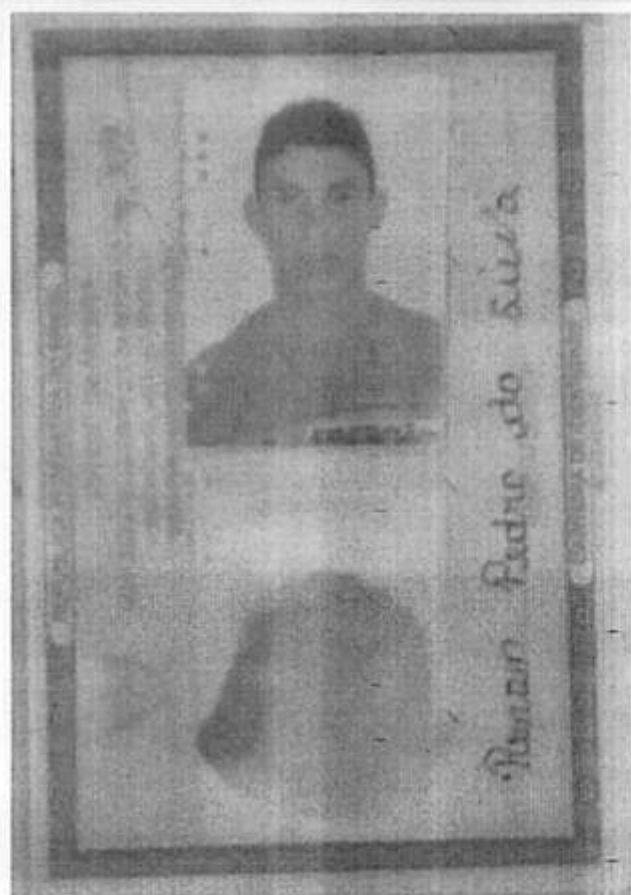
Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente FEVERAL FCSAS Alojamento 7 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/8	1 - Dieta livre	ciente	sem febre
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	12 24	sem dor
	3 - Clindamicina 600mg + ABD IV 6/6 h	12 18 24 06	sem dor
	4 - Gentamicina 240mg + S F 0,9% 100 ml IV 1 X	14 22 06	
	5 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	12 24	
	6 - Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	12 24	
	7 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	06	
	8 - C. C. G.	ciente	
		ciente	
08/08/17			





4.011.056

RENAN PEDRO DA SILVA

26/11/2011

JOSE DA SILVA

MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA

CARLINA CRUZ-78

12/11/1995

RENAN PEDRO DA SILVA
CARLINA CRUZ-78

011.056-11



ATORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

UTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

O COMPRADOR: _____

CPF/CNPJ: _____

IQO: _____

DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

o vendedor tem a obrigação legal de garantir a veracidade do veículo ao DETRAN no prazo máximo de
15 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas
consequências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 154 - Código de Trânsito
Brasil - CTB).

O comprador terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a
transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
O registro e reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade
AUTENTICIDADE.

NRDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012650492335

16659058345

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DET 20160100052613-0

VIA 1 0108/02806-7 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
JOSE CARLOS DA SILVA
SIT CAMPO DE EMAS SN

58459000 CATURITE-PB

CPF/CNPJ 06650735426 PLACA QEN8005/PB

NOME ANTERIOR
NOVO RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA

PLACA ANTIGA NOVO PB CHASSI 962JB0100GR212869

ESPECIE TIPO CAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 150I ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAT/POT/CL 2 P/109 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
N.Motor : JB01E0G212880 0

CATURITE-PB LOCAL 32875 DATA 20/05/2016

7003781

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01545365134

70508460899
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20150100850223-9

1 0024346812-3 09/00800800

SEVERINO DE SOUZA
R. AMÉLIA PEREIRA MATE 877 CASA
CENTRO
58440000 QUEIMADAS-PB

38522292434 09/02758/PB

EMERSON PEDRO DE SOUZA

NCVO PB 902NC1670DBR626789

PAS/MOTOCICLE/MQ APIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 PAN ESI 2011 2012

2 P/149 /COT PARTIC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.Motor : KC16E7B626789

QUEIMADAS-PB 32875 26/05/2015



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR Albino Dantas VALOR R\$ _____

NO. 1231545 OFFICINA 1210826476

ENDEREÇO: Sítio caixa 0061A

Queimadas PB

LOCAL E DATA: Queimadas, PB - 09-2015

Severino de Souza
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que arcar com as consequências legais previstas no art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB;
b) O adquirente tem a obrigação legal de comunicar a compra do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que arcar com as consequências legais previstas no art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB;
c) É obrigatório o reconhecimento das firmas do vendedor e do comprador, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO: Albino Dantas ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO

Rua do Rosário, 48 - Centro - Areólas-PB

Reconheço como autêntica e verdadeira

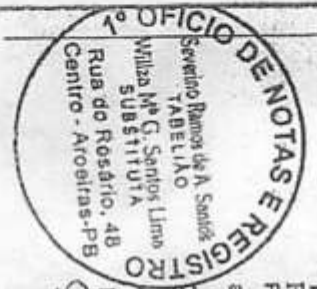
a(s) firma(s) de Severino de Souza

conforme autógrafo arquivado neste ofício.

Assinatura: 31 de Maio 2015

Em testemunho da verdade

Severino Ramos de A. Santos



Solo: 01545365134 - P.B.T.V

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190404284 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.
P 4/5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190404284 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.
P 4/5
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

Número do Sinistro: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

CPF: 701.414.554-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 04/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

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: 15/07/2019
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA
CPF: 701.414.554-11

RENAN PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

CPF: 701.414.554-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 04/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENAN PEDRO DA SILVA : 701.414.554-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 01/07/2019
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA
CPF: 701.414.554-11

RENAN PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA