

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1047218

Identificação do paciente						
ID 1220427	Nome FRANCISCO LEITE DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/01/1980	Idade 39 anos 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 104849		
Mãe MARIA DOS SANTOS	Pai GENARO LEITE DA SILVA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MANOEL PENHA - CUNHADO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987179177	DDD Fixo 83	Fone Fixo 87521614			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2952552	Nº Cns 700205461359828				
Local de procedência CONDE	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade CONDE	CBO/R				
Endereço						
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORAS DAS NEVES			
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 08/12/2017 17:42:13	Número da pulseira 1000051620261	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Comprovação de ato declaratório 						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 01min 29seg

Imprimir

DEVOLOUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



Contrate o envio da sua
fatura por e-mail ligando
na Central de Relacionamento.
Você se organiza melhor e
ainda preserva a Natureza.

01 - MANOUSSE ☐ 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ 03 - NÃO EXISTE # INDICADO ☐ 04 - FALCADO ☐ 05 - DESCONHECIDO ☐ 06 - RECUSADO ☐		07 - AUSENTE ☐ 08 - NÃO RECORRIDO ☐ 09 - QUOTE DE DANIFICADO ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE ☐ 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE ☐ 12 - FALTA COMPLEMENTO (COTAGEM) ☐ 13 - CARTA POSTAL CANCELADA * ☐
PARA USO DOS CORREIOS		
REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:		RUBRICA DO RESPONSÁVEL:
MATRÍCULA		

CATTAN

MAIS FASHION, MAIS VOCE

**comprovante de residencia**

CTC RECIFE PE PLT

FRANCISCO LEITE DA SILVA
RUA PROJETADA 0 Q 18
LOT NOSSA SRA NEVES
58322-000 CONDE PB



7213123; 7289; 420000000005502807; 4

Postage: 200/000000
00-000000

PCF. Foi enviado ao Conselho Superior da Câmara Municipal de Lisboa, para ser submetido à apreciação da Assembleia Municipal, e, em 1.º de Maio, foi aprovado. A 1.ª sessão, em 1978, a Câmara Municipal de Lisboa aprovou o Plano Municipal de Ordenamento do Território, que estabelece as diretrizes para o desenvolvimento urbano da cidade de Lisboa, e a 2.ª sessão, em 1979, aprovou o Plano Municipal de Ordenamento do Território, que estabelece as diretrizes para o desenvolvimento urbano da cidade de Lisboa.

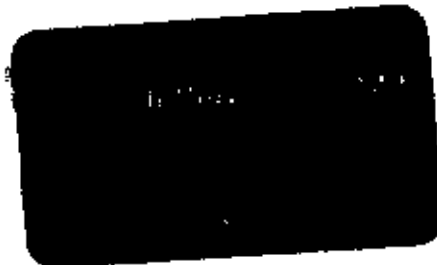
105-10

**ATÉ 40 DIAS PARA
COMEÇAR A PAGAR.**

PAGE 8



USE O SEU CARTÃO
E APROVEITE SUAS
VANTAGENS



**ESTILO
QUE CABE
NO SEU
BOLSO.**

Central de Relacionamento: 4003 3900 (Capitais e Regiões metropolitanas), 0800 729 3900 (Demais localidades, somente de telefone fixo), de segunda a sábado, das 8h às 22h; domingos e feriados, das 9h às 20h.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº 338/2018**

Boletim de ocorrência



Ao (14) de Março de 2018, nesta cidade, na delegacia do Conde/PB, onde se presente encontrava o(a) Exmo (a) Francisco Marinho de Melo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de seu cargo, por volta das 11h:22min;

COMUNICANTE: FRANCISCO LEITE DA SILVA, brasileiro, solteiro, natural de Mulungu/PB, nascido em 10/01/1980, RG 2.952.552 SSP/PB, CPF 065.184.914-42, filho de Cenaro Leite da Silva e Maria dos Santos, residente em Rua Projetada, S/N, Quadra 18, Loteamento Nossa Senhora das Neves, Conde/PB. Ponto de Referência: Ao lado do colégio Abelardo Alves de Oliveira. Fone: 83 9 87179177

OCORRÊNCIA: AFIRMA O NOTIFICANTE QUE na data de 08/12/2017, por volta das 15h30 da tarde estava de garupa numa **MOTOCICLETA I SHINERAY XY 500 PHOENIX, ANO/FAB 2012/2013, PLACA QFT 8978/PB, CHASSI LXYXCBL06D0508135, COR BRANCA** nas proximidades do Sítio Gurugi, na PB 018 no município do Conde/PB. Que ao passar próximo ao clube Raça Negra, o condutor da motocicleta perdeu o controle, devido aos cascalhos da pista que estava em fase de acabamento, vindo a cair ao solo. Que o noticiante foi socorrido por particulares e conduzido para o Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba, com entrada às 17h42 da mesma data. Que houve no mesmo dia 08/12/2017 a transferência do mesmo para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde deu entrada às 21h51 da noite, com diagnóstico de trauma em perna direita. Que o noticiante fez exames, constatando fratura de ossos na perna direita e foi submetido a procedimento cirúrgico no dia 16/12/2017, com alta médica no dia 18/12/2017. **Ciente das sanções civis e criminais as quais estará sujeito quanto aqui declarou não porte estritamente e verdade. Era o que tinha a registrar.**

Conde, 14 de março de 2018.

Notificante: Francisco Leite da Silva

Policial Registrador: _____

Giselly Sabino Silva
Agente de Investigação
Mat. 1181.920-8

RECEBIDO

23 OUT 2018

Seguradora Líder DPVAT

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO ROSALAK MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 84918

Ald: Nao Regular

Data: 08/12/2017

Hora: 21:51:06

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO LEITE DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987047020

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/01/1980 Id: 37 ano(s)

End.: RUA LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DAS NEVES,0

Bairro: CENTRO Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DOS SANTOS

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO LEITE DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987047020 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: QUEDA NO CENTRO DO CONDE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

ENCAMADO PELA PACTUACAO- HEETSHL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico Ant. OSA / M Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6877 / RBO 14287

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

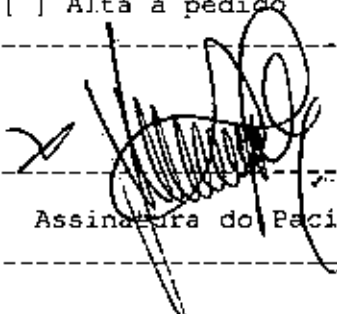
Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI

[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

X

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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 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 com 16 ou 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 065.184.914 - 42	Nome completo da vítima FRANCISCO LEITE DA SILVA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO LEITE DA SILVA		CPF titular da conta 065.184.914-42	Profissão ELETRICISTA
Endereço RUA PROJETADA O Q 18 LOT. NOSSO SRA. NEVES		Número S/N	Complemento CASA
Bairro	Cidade CONDE	Estado PARAÍBA	CEP 58322-000
Email			Telefone (DDD) (83) 8717 9177

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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. 1033 D/V 013 CONTA NRO. 107530 D/V 6 (informar dígito se existir)	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ 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.

CONDE 05 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Francisco Leite da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

NOME: FRANCISCO LEITE DA SILVA

AG: 1033

OP: 013

C/P: 107510-6

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LEITE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180505052

Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA

Data do Acidente: 08/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180505052**.

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 13566253



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LEITE DA SILVA
Nº Sinistro: 3180505052
Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA
Data do Acidente: 08/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180505052**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391492/18

Número do Sinistro: 3180505052

Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA

CPF: 065.184.914-42

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO LEITE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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: 31/01/2019
Nome: FRANCISCO LEITE DA SILVA
CPF: 065.184.914-42

FRANCISCO LEITE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180505052 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº03.01.06.062018.12637, DE 07/06/2018, EMITIDO PELA PERITA FRANCISCA DIVINA SILVEIRA DE MELO. RESPOSTA AOS QUESITOS: 7-NÃO, 8- NÃO E 9-NÃO.

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-0391492/18

Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA

CPF: 065.184.914-42

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/12/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LEITE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO LEITE DA SILVA : 065.184.914-42

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: 25/10/2018
Nome: FRANCISCO LEITE DA SILVA
CPF: 065.184.914-42

FRANCISCO LEITE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180505052 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº03.01.06.062018.12637, DE 07/06/2018, EMITIDO PELA PERITA FRANCISCA DIVINA SILVEIRA DE MELO. RESPOSTA AOS QUESITOS: 7-NÃO, 8- NÃO E 9-NÃO.

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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391492/18

Número do Sinistro: 3180505052

Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA

CPF: 065.184.914-42

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO LEITE DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



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: 31/01/2019
Nome: FRANCISCO LEITE DA SILVA
CPF: 065.184.914-42

FRANCISCO LEITE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

FRANCISCO LEITE DA SILVA, brasileiro, RG:2952552 SSSP/PB e
CPF:06518491442, requer a juntada da documentação em anexo, conforme solicitado.

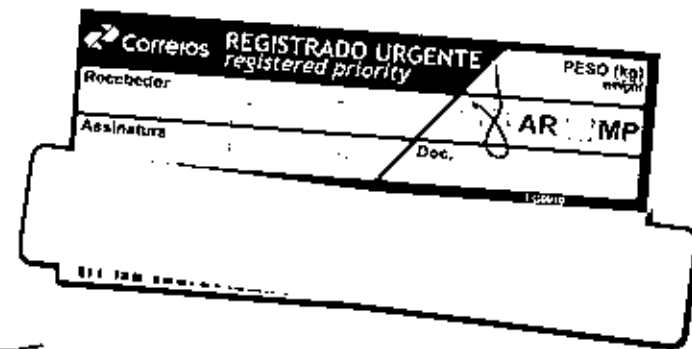


Seguradora Líder DPVAT

Rua Senador Dantas, Centro

Rio de Janeiro / RJ

Cep: 20031-205





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

OUTROS



NIT: 12828449442

Número do Benefício: 6215758489

Espécie: 31

Número do Requerimento: 185258944

Ao Sr. (a): FRANCISCO LEITE DA SILVA

Endereço: QD 18 LOTEAMENETO SR DAS NEVES SN.CENTO

CEP: 58322900 Município: CONDE

UF: PA

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 12/01/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/04/2018.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/04/2018), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/04/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º a 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 8 de Fevereiro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência JOAO PESSOA CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA

Endereço: AV DOM PEDRO I, 215 TERREO,
UF: PB CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente.

Assinatura do Requerente / Representante Legal

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391492/18

Vítima: FRANCISCO LEITE DA SILVA

CPF: 065.184.914-42

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO LEITE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO LEITE DA SILVA : 065.184.914-42

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: 25/10/2018
Nome: FRANCISCO LEITE DA SILVA
CPF: 065.184.914-42

FRANCISCO LETTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Remetente: Francisco Leite da Silva

Rua: Projetada 0,
lot: Nossa SRA
CONDE / PB

(ETIQUETA DO CARIMBO MP)

18,
NEVES

Zip: 58322-000

Destinatário:

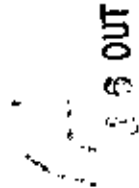
Sequadora Líder

Administradora do Seguro DPVAT

Rua Sem Dantas, 74 - Centro

Rio de Janeiro / RJ

Cep: 20051-205





documentação médico - nospi.



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Fernando Leite da Silva Data da Admissão: 08/12/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: Dor e perda de peso

DA: Quem de custo contra em
depoimento e impen

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-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Leite da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de ossos da perna</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de ossos da perna</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ata cirúrgica para fratura de ossos da perna</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Quadrúbito dorsal; Anestesia; Assepsia e Antissepsia; Anestesia de campos estereis

Incisão: Incisão na região antero-medial do fêmur

Achados: Fratura de ossos do fêmur

Conduta:

- ① Redução rob. trípode
- ② Fixação por placa

Fechamento: Anaplores e síntese cutânea

OBS:

Data: 16/12/17

Dr. Tereza R. Silva
CRM: 15747

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação: _____

[] HTF

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: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Art. Osso perim D

Conduta: _____

Inten M Cirg

Dr. Valério Pacelli Fernandes
Ortopedia
Fisioterapia
Cirurgia do Joelho
CRM 5837 TEOT 14347



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ezequiel da Silva portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10:00 horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.6 devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 09.12.2017

Dr. Eneas P. Bessa Neto

MÉDICO
CRM - 2488

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ap. Fátima José Costa Duarte, S/N, CEP 55050-254, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Reflexamento incapacid.



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Francisco Leão da Silva portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.8, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 Cento e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 25/01/18


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Francisco LEITE DA SILVA portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.8, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 120
dias dias, a partir desta data.

ver na
patologia

Dr. João Pessoa
Ouro Preto, 05/04/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: FCO VIT

Fratura com OR

Pr. na -

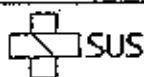
Operado 16.12.

Ambulatório

Dr. Teniente

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM - 6438

Assinatura e Carimbo



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Rs. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTD

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

CLASSIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Teófilo A. R. Filho
Ortopedista Traumatologista
CRM-15747

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

Procedimentos ofertados na rede SUS em João Pessoa-PB que requerem a individualização do usuário (SPA-B).

ARTERIOGRAFIAS
ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA
BIÓPSIA DE CORNEA
BIÓPSIA DE ENDOMETRIO
BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA
BIÓPSIA DE ESCLERA
BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR
BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC / US
BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA
CINTILOGRAFIAS
DENSITOMETRIA ÓSSEA
DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
DOSAGEM DE CICLOSPORINA
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)
DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)
ELETRODIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL
ELETROMIOGRAFIA DINÂMICA, AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES
EMIÇÃO DE PARECER SOBRE NEXO CAUSAL
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANO-RETAL
EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO UTERINO
EXERESE DE CISTO SACRO-CÓCCIGEO
EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER : (MÁXIMO 4 APLICAÇÕES POR OLHO)
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTÓSCOPIO
IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO
~~IMUNOENSAIOS PARA NEÓPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)~~
IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEÓPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
MAMOGRAFIA BILATERAL
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA
MIELOGRAMA
OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
POSTECTOMIA
PROTESE AURICULAR
PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL
PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL
PROTESE TEMPORÁRIA
PROTESE TOTAL MANDIBULAR
PROTESE TOTAL MAXILAR
PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA
QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1
QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO DIT)
RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCU)
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE
ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE FISIOTERAPIA



NÚMERO DO CADASTRO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 1-CPF:

--

 2-CNPJ:

--

 0 8 9 1 6 6 4 5 0 0 0 1 8 0

Nome da Unidade: Neuros

Endereço:

Bairro:

Município: CONDE

UF: 25

PACIENTE: Fruzaneto L. do S. Silva

ENDEREÇO: LOT NS dos Neuros

BAIRRO:

IDENTIDADE		IDADE	
ORIGEM			
PAM	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
SES	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
SSM	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		

DADOS CLÍNICOS: 3 miastropia - do Parina D
20 meses - fratura consolidada

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES

27, 02, 18

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

891118811111
Médico
Especialista em Fisioterapia



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Francisca Leite da Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
DATA <u>09.12.17</u>	SEXO <u>Masculino</u>	COR	CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENF. <u>08</u>	LEITO <u>122</u>
DATA DE ADMISSÃO <u>09.12.17</u>		DATA DE ALTA <u>18.12.17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <u>09 dias</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura com deslocamento da perna</u>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>RX Perna</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução fechada + fixação interna</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<u>Tratado com redução e fixação interna da perna; 5 dias de internação; alta com medicação.</u>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: <u>Normal</u>	
REPOUSO: Relativo em casa por <u>30</u> dias.	
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias.	
Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>90</u> dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS 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: <u>Levodopa</u>	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <u>Ortopedia</u> em 30 dias para revisão.

DATA <u>18.12.17</u>	Assinatura <u>Dr. Eneas P. Bessa Neto</u>
	CRM <u>123456</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA PARAÍBA

COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO - ESTÁ EM ATENDIMENTO

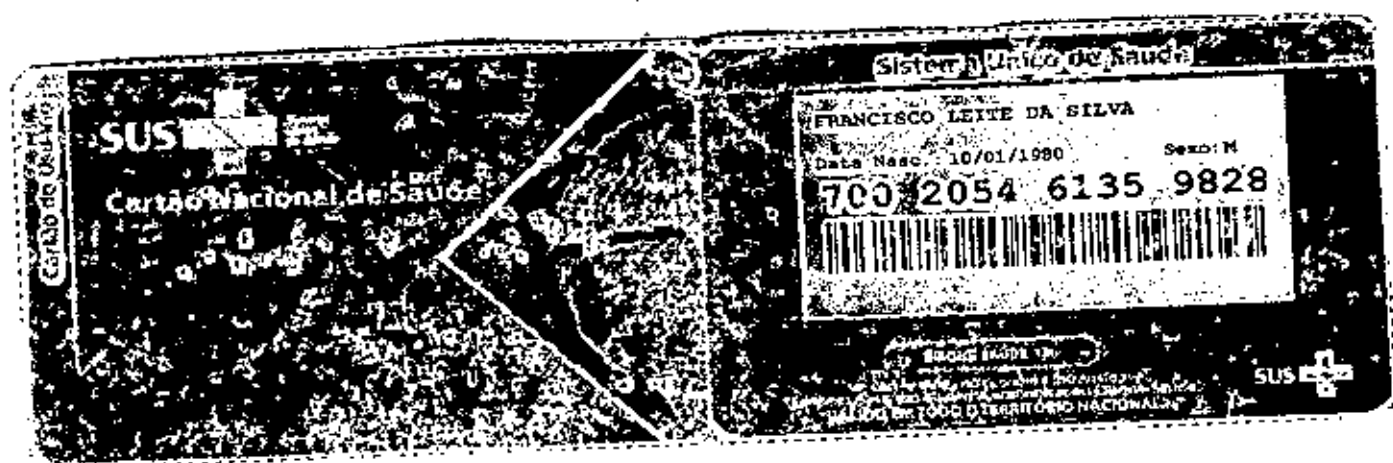
Declaramos para os devidos fins que o (a) Senhor (a)
FRANCISCO LEITE DA SILVA
portador do RG nº 2962552 está em atendimento nesta unidade
hospitalar no setor Lupula horário de entrada às 17.42hs,
até a presente data.

João Pessoa, 08 de 12 de 17

Assistente Social
Má do Socorro Ribeiro
Assistente Social
CRESS 1583

F (NG).APCSOC.031-

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Avenida Orestes Lisboa, S/N Conjunto Pedro Gondim - CEP 58031-000 João Pessoa - Paraíba - Brasil Fone/Fax: (83) 3218-7773 - PABX: 3216-5700	Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba Avenida Monsenhor Walfredo Leal, 45 Tambá - CEP 58031-430 João Pessoa - Paraíba - Brasil Fone/Fax: (83) - PABX: 3214-2911
---	--





CENTRO DE REABILITAÇÃO PREFEITO
ANTÔNIO DE SOUZA MARANHÃO
CNES 5925207

CONDE-PB

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: Francisco Loure da Silva

Declaração

Declaro para os devidos fins que,
o paciente Francisco Loure da Silva está
em tratamento fisioterapêutico, neste
Centro de Reabilitação, devido a fratura
da tíbia e fíbula do membro inferior
direito, o mesmo apresentando melhoras.

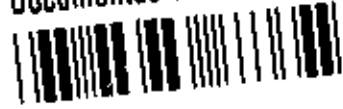
Dr.ª Lúcia Gomes de Lira
Fisioterapeuta
Crefito 103728-F

Conde, 30/08/18

Dr.ª

Assinatura do Médico/Carimbo

documentos de identificação

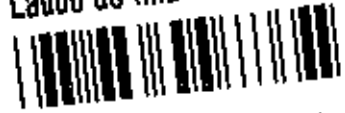


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		P-06
		10.01.1980 DATA DE NASCIMENTO
ASSINATURA DO TITULAR <i>Genaro Leite da Silva</i>		10.01.1980 DATA DE NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		P-06
NOME: GENARO LEITE DA SILVA FILIAÇÃO: Maria dos Santos NATALIDADE: Juiz de Fora - RJ DATA DE NASCIMENTO: 10.01.1980		10.01.1980 DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO: Rua Curt. Alagoinha - PB CEP: 065 184 914 42 CIDADE: João Pessoa - PB		10.01.1980 DATA DE NASCIMENTO



LAUDO DO IML - LESÕES CORPORAL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCIDENTOLOGIA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.062018.12637

FRANCISCO LEITE DA SILVA

Órgão requisitante: DAV
Dr(a): Alberto Jorge Diniz

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
DP do Conde/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCUNTOLOGIA LEGAL

C: 283418 Laudo nº: 03.01.06.062018.12637

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 07/06/2018 Hora do exame: 10:00

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 50-2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz.
Nome: FRANCISCO LEITE DA SILVA, 38anos, sexo: masculino Raça/cor: pardo filho(a) de:
Genaro Leite da Silva e de: Maria dos Santos, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira.
Natural de: Mulungu-PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 08/12/2017 por volta das 15h30min no município do Conde/PB

DESCRIÇÃO: o examinado apresenta cicatriz cirúrgica longitudinal (20cm) na face anterior da perna direita com edema residual no tornozelo direito. À inspeção dinâmica foi constatada limitação 30% da flexo-extensão do tornozelo referido. Em laudo médico consta atendimento em 08/12/2017 com fratura de ossos da perna direita sendo submetido a tratamento cirúrgico.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE PERMANENTE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO (30%).
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.


Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

Secretaria de Estado da
Justiça e da Defesa Social
Secretaria Geral de Polícia Civil
Superintendência Regional de
Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia
Civil
Delegacia de Acidentes de Veículos
da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Requisição de exame nº 50/2018

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia da COMARCA DE CONDE - PB

João Pessoa (PB), 15 de MARÇO de 2018.

OBS-1: Segue em anexo CERTIDÃO Nº 0295/2018 e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência 338/2018

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

FRANCISCO LEITE DA SILVA, CPF nº 1065,184,914-42, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão eletricitista, filho(a) de Genaro Leite da Silva e de maria dos Santos, natural de Mulungu/PB, nascido(a) em 10.01.1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rua Projetada, sn, Qd. 18, Loteamento Nossa Senhora das Neves, Conde/PB, , telefone(s) para contato (83) 988717-9177.

Histórico Que no dia 08/12/2017, por volta das 15h30, estava na garupa da MOTOCICLETA I SHINERAY XY 500 PHOENIX, PLACA QFT8978/PB, nas proximidades do Sítio Gurugi, na PB 018, Conde/PB; Que ao Passar próximo ao clube Raça Negra, Perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo, sendo socorrido para o Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba, com entrada às 17h42; Que houve no mesmo dia transferência para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, com diagnóstico de trauma em perna direita.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC