



Número: **0801154-70.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>CLEONICE DE LIMA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33327 212	18/08/2020 13:12	<a href="#"><u>2743534_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200115923**

**Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA**

**Data do Acidente: 03/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CLEONICE DE LIMA 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, contados 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

Pag. 01269/01290 - carta\_01 - INVALIDEZ



00036645

Carta nº 15632643



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 13:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813125056100000031898311>  
Número do documento: 20081813125056100000031898311

Num. 33327212 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200115923      Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEONICE DE LIMA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CLEONICE DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002007-9

Conta: 0000013403-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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](http://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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

927688734-20 CLEONICE DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: CLEONICE DE LIMA SILVA 6 - CPF: 927.688.734-20  
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: NOESTE 12 - Cidade: GUARABUÍA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000  
 15 - E-mail: (083) 987088728

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 007 CONTA: 0013403 (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 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 à 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro/via nascer? Vivos: Falecidos: teve irmãos? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

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, *Sua PESSOA - Pb, 13/03/2020*  
*Yolanda de Souza Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





Lo conto Covante  
15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 13:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813125056100000031898311>  
Número do documento: 20081813125056100000031898311

Num. 33327212 - Pág. 4



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
Supintendência Regional de Polícia Civil  
Central da Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02762.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02762.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:36 horas do dia 12 de março de 2020, 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 Cleonice de Lima Silva, CPF nº 927.688.734-20, RG nº 1145656 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), profissão Aposentada, filho(a) de Maria Percira de Lima e Manoel Antonio de Lima, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 10/02/1949 (71 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Hermenegildo Cunha, Nº 194, complemento Bairro Nordeste II, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Colegio Polivalente, na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98658-9037.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: R. Hermenegildo Cunha, nº 194, Bairro Nordeste II, Em Frente a Residencia da Noticiante, Guarabira/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que ao atravessar a na rua Hermenegildo Cunha em frente a sua residencia, foi surpreendida por uma motocicleta que vinha em alta velocidade vindo a atropelar a noticiante, atingindo seu braço e a sua mão, que logo após a noticiante foi socorrida por terceiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena sendo atendida com Diagnóstico, Fratura de Úmero proximal E + fratura de radio distal E - CID: 10 S 42.2 S52.5 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcoba Arce - CRM: 3323/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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de março de 2020.

ADONIS COELHO REGADAS  
Agente de Investigação

CLEONICE DE LIMA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 02762.01.2020.1.00.401

1/1





# 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

927688734-20 CLEONICE DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: CLEONICE DE LIMA SILVA 6 - CPF: 927.688.734-20  
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: NOESTE 12 - Cidade: GUARABUVA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58200-000  
 15 - E-mail: (083) 987088728

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 007 CONTA: 0013403

AGÊNCIA: 007 CONTA: 0013403

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future 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)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro/via nascer? Vivos: Falecidos: teve irmãos? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

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, São Paulo - SP, 13/03/2020  
Yolanda de Souza Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





Lo conto Covante  
15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 13:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813125056100000031898311>  
Número do documento: 20081813125056100000031898311

Num. 33327212 - Pág. 7

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEONICE DE LIMA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000013403-1

---

Nr. Autenticação

BRADESCO31032020050000000002370200700000013403236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 13:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813125056100000031898311>  
Número do documento: 20081813125056100000031898311

Num. 33327212 - Pág. 8



PARCERIA D'OMA CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano 220 - Joaquim Pessoa - PB  
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
CLEONICE DE LIMA SILVA  
RUA HERMENEGILDO DA CUNHA, 194 - NORDESTE  
GUARABIRA PB 58200-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economas	Responsável
053.016.040.0204.000	000	1	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Esgoto
Y05X015959	10/03/2005	EXTERNO	IGADO
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA	3152   3159   7   30		25/10/2019
HIST. CONS. / ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.			
AGO/2019	12	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUL/2019	10	TURBIDEZ	0 0 0
JUN/2019	13	CLORO	0 0 0
MAI/2019	19	COL. TERNOT	0 0 0
ABR/2019	12	COR	0 0 0
MAR/2019	7	COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(M)	12	DADOS REFERENTES A: JUL/2019	



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Cleonice de Lima silva

**DATA DE NASCIMENTO** 10/02/49

**NOME DA MÃE** Maria Pereira de Lima

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 119069

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1201287

**DATA DO ATENDIMENTO** 03/11/19

**HORA DO ATENDIMENTO** 23:52:00

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Atropelamento

**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura de úmero proximal E + fratura de rádio distal E.

**CID 10** S42.2 S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com trauma em braço e antebraço esquerdo, dor local, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de antebraço E, braço E, punho E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

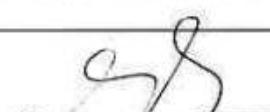
RX: fratura de úmero proximal E e rádio distal E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal E (11/11/19). Tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E (17/11/19)

**ALTA HOSPITALAR:** 18/11/2019

**DATA DA EMISSÃO:** 21/02/2020

  
Dr. Juan Jaime Alceba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Documento de Alta

<b>Nome:</b> CLEONICE DE LIMA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 119069
<b>Data de Nascimento:</b> 10/02/1949	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Internação:</b> 04/11/2019 06:50:05	<b>Data de Alta:</b> 18/11/2019 12:12:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Resumo da Internação:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Resultado de Exames:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Tratamento:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
<b>Recomendações:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			

Data: 18/11/2019

*Jorge José Sousa Pinto*  
CRM: 12278  
JORGE JOSE SOUSA PINTO  
CRM: 12278 - PB





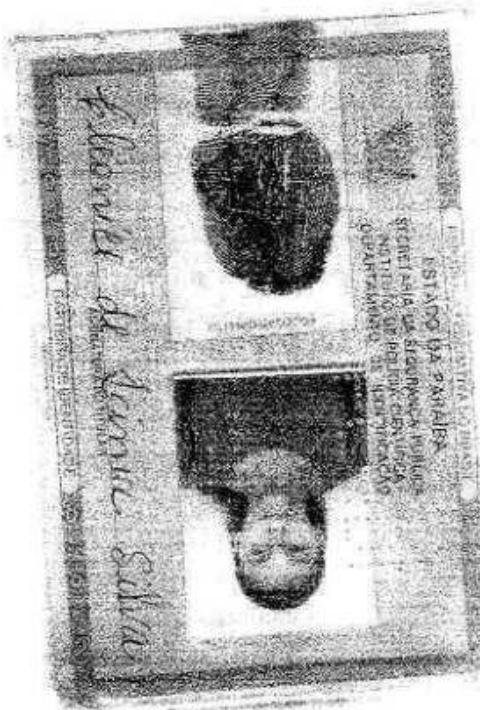
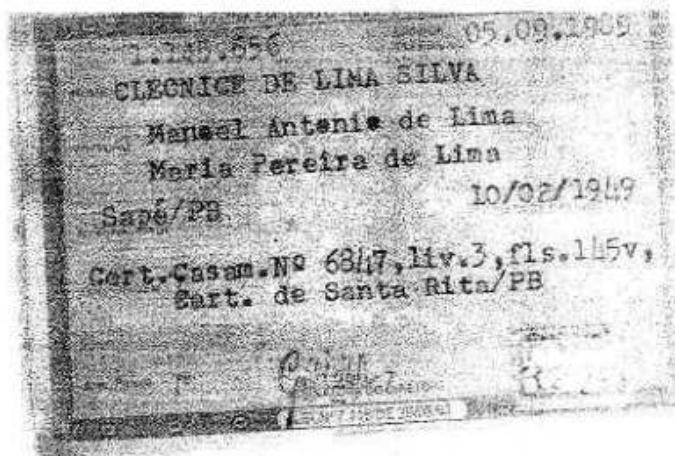
17/02

AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1201287



Identificação do paciente				
ID 1454244	Nome CLEONICE DE LIMA SILVA			Sexo: Feminino
Data de nascimento 10/02/1948	Idade: 70 anos 8 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA PEREIRA DE LIMA				Pai: MANOEL ANTONIO DE LIMA
Escolaridade				Responsável (Parentesco): MILENE SILVA GOMES - NETO(A)
DDD Celular 83	Celular 987826677			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1145556			Nº Cns 708005849730826
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO				Tipo: UNIDADESAUDE
nat	Naturalidade SAPE			UF: PB
CBO/R				
Endereço				
CEP 58200000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro HERMENEGILDO CUNHA	
Número 94	Complemento	Bairro NORDESTE II		
Admissão				
Data e Hora 03/11/2019 23:52:28	Número da pulseira <b>1000007922670</b>		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente: OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			Detalhe do acidente: MOTO X PEDESTRE
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma: Não	
Véio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO INFORMADO			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico:				CID:
Atendido por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 11seg





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>	BAE 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70a 8m 25d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987826677
Mãe <b>MARIA PEREIRA DE LIMA</b>		CNS 708005849730826	Prontuário
Endereço <b>HERMENEGILDO CUNHA, 194</b>	Bairro <b>NORDESTE II</b>	Município <b>GUARABIRA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional <b>2489/PB</b>
Data/Hora Classificação 03/11/2019 23:52:28		Data/Hora Prescrição 04/11/2019 02:31:03	

### **ANAMNESE**

REFERE TER SIDO ATROPELADA POR MOTO SENDO ATINGIDA NO BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO SENTINDO DOR LOCAL. Nega alergia medicamentosa. ACUSA DOR DISCRETA AO EXAME ATIVO E PASSIVO DO BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO. DEAMBULAÇÃO NORMAL. ABSÉNCIA DE LESÕES EXTERNAS, MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA. TÓRAX E ABDOME: NDN CONDUTA: EXS.

### **EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

### **CID10**

M79.6 - Dor em membro

### **Conduta**

Em observação

Enfermeiro

  
**GILVANDO CARNEIRO LEAL**  
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/11/2019 23:52:39





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		1201287	03/11/2019 23:52:28	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
10/02/1949	70a 8m 25d	Feminino	708005849730826	(83) 987826677
Mão				Prontuário
<b>MARIA PEREIRA DE LIMA</b>				
Endereço		Bairro	Município	UF
<b>HERMENEGILDO CUNHA, 194</b>		NORDESTE II	<b>GUARABIRA</b>	<b>PB</b>
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
<b>MOTO X PEDESTRE</b>	<b>ATROPELAMENTO</b>		<b>IGOR QUEIROZ CAVALCANTE</b>	<b>7733/</b>
Data/Hora Classificação			Data/Hora Proscrição	
03/11/2019 23:52:28			04/11/2019 05:06:22	

## **ANAMNESE**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO OMBRO E E PUNHO E APOS COLISÃO COM MOTO HÁ HORAS. HD FRATURA DO RÁDIO DISTAL E E FRATURA DO UMERO PROXIMAL E CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

## **DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## **MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H  
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

## **CUIDADOS**

SSVV + CCGG

## **Conduta**

Em observação

Enfermeiro

**IGOR QUEIROZ CAVALCANTE**  
(CRM: 7733/)

Relatório registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/11/2019 23:52:39





Nome <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		Boletim de Atendimento: <b>1201287</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/02/1949</b>	idade <b>70</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708005849730826</b>	Prontuário: <b>119069</b>
Tempo de Internação <b>13d 3h 48min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data Internação <b>04/11/2019 08:50:05</b>	Permanência na Unidade: <b>13d 10h 46min</b>		Permanência no Leito: <b>5d 13h 57min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 17/11/2019 10:26:38)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE EM POS OP IMEDIATO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL  
SEM INTERCORRENCIAS

Seção: PÓSTO II - ENF 17 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Dr. Tibirica Med  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 7296 CREMEPE: 18474  
2007 15069



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Em: 11/11/2019 07:17:33

Nome: <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		Boletim de Atendimento 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 79	Sexo Feminino	CNS 708005849730826	Prontuário 119069
Tempo de Internação 7d 27min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Internação 04/11/2019 06:50:05	Permanência na Unidade: 7d 7h 25min		Permanência no Leito: 7d 27min

#### Evolução Médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 11/11/2019 07:17:28)

##### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

##### **ORTOPEDIA**

FRATURA DO UMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL E.; EXAMES + RISCO OK;

AGUARDANDO PLACA PHILLUS

CD: AGENDAR CIRURGIA.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 - Leito: LEITO - 013

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





Nome <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1201287</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/02/1949</b>	Idade <b>70</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708005849730826</b>	Prontuário <b>119069</b>
Tempo de Internação <b>3d 1h 34min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data Internação <b>04/11/2019 06:50:05</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 8h 32min</b>	Permanência no Leito: <b>3d 1h 34min</b>	

#### Evolução médica (JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 07/11/2019 08:23:49)

##### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL E  
SEGUE ESTÁVEL NO MOMENTO  
AGUARDA PLACA PHILLUS  
CD: RISCO OK, EXAMES OK

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 013  
Profissional responsável pela informação: JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Gláucia de Lima Silveira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortopédico EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ortoesinhos de Fx Omero prox. E  
 Cirurgião: Dr. Alexandre Nishimi 1º Assistente: Dr. Telêncio  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx Omero prox. E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAEi</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biópsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Thábita Medeiros  
 Ortopedia Traumatologia  
 Cirurgia Ombro e Cotovelo  
 CRM-PB 7236 CREMESP: 18474  
 ZEOT 1506

João Pessoa, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

I (NG) ASCIR 009-4

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1ºº em Cadeira de prato rote anterior  
Artéria + Antevertéris + Tugos esternos

Incisão:

Incisão deltopectoral

Achados:

Conduta:

- Divisão por planos
- Reduções dos fragmentos e fixação com placa Phisler + parafusos de ilíoponto

Fechamento:

Suturas por planos

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Ibiricá Medeiros  
Ortopedia Traumatologa  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 7299 CRM-PE: 16174  
TEOT 15069

João Pessoa, 17/11/19

F(NG)ASCR 009-4



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: CLEONICE DE LIMA SILVA - BE/PRONTUÁRIO 1201287  
 IDADE: 70 SEXO: FEM COR:  DATA: 11/11/2019  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP:  LR:   
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO  
 CIRURGIÃO: DR. MILTON BARBOSA 1º ASS: DR. KARTNEY  
 2º ASS: MR1 LAIANA 3º ASS:   
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA: DRA AMANDA  
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA  
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 11/11/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
DE SÃO PAULO

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
Achados:	
<b>FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</b>	

Conduta:	
<b>REDUÇÃO INCRUENTA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA</b>	
<b>PASSAGEM DE 2 FIOS K PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO</b>	
<b>AUXÍLIO DE ESCOPIA</b>	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	
Fechamento:	
<b>TALA BRAQUI PALMAR A DIREITA</b>	
<b>RAIO-X DE CONTROLE</b>	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

11/11/2019



Nota de Sala Cirúrgica



Hospital

Nome do paciente: Thiaguinho de Lima Oho  
 Idade: 70 Ano: 1937 Município: ENTREGA Lote: 02  
 CIRURGIA: Urgurgico ondulado de Rádio Distal  
 CIRURGICO: Cotton Técnica: Clássica  
 ANESTESIA: Bruxismo de Pleno  
 ANESTESISTA: Thiago  
 INSTRUMENTADOR: Thiago

DATA: 11/10/2019 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 20:10 FIM: 20:30 CIRURGIA INICIO: 20:15 FIM: 20:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):  
 ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	Coro Bringer	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			TELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			TELCO Nº23		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			TELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			TELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DAOPERIDOL			SUT SIST. EREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°12		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		FVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°	
FLUMAZENIL		FVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N°14		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		FVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTESEPTICO	LÂMINA DE ENXETO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	2	FIO POLIPROPILENO N°	
LIODOCINA C/VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIODOCINA S/VASO		AGULHA 23X6,7	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIPROPILENO N°	
MECAZOLAN		AGULHA 25X9,8	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FIO SEDA N°	
NEOBUTAM		AGULHA PERIODURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA		FITA CARDIÁCA	
PANCRÔMICO		AGULHA PERIODURAL N°17	MULTIVIAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETEDINA		AGULHA PERIODURAL N°18	PERFLATOR DE SORO		CATETER DE PIC	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI N°21G	SCALP N°19		MENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCLÔMICO		AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°2	03
SENOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER N°2	
SUXAMETONIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		FIO STEINMAN N°	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°6		FIEST. ABSORTIVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROFOPA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°4		PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		KIT FAM	
CEFACOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY IVIAS N°12		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY IVIAS N°14		EMPRESA	
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA			
EFEDRINA		COLET. LÍQUIDA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS CORTICais	
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICONATO DE CALCIO		DRENHO DE PENKOE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA		DRENHO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
FLASH		EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA	
PROSTIGMONE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.		
PROTONICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°		ASPIRADOR	
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°		BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODODADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°		CARDIOMONITOR	
		TELCO N°14	FIO ALGODÃO C/A N°		DESFIBRILADOR	
		TELCO N°16			FOCO AUXILIAR	
		agulha de Pleno 25 mm 1			FOCO CENTRAL	
					IMCROSCÓPIO	
					TOXÍMETRO DE PULSO	
					UVA. INVASIVAS E DIVASIVAS	
					VERIFURADOR ELÉTRICO	
					SERRA	
					TELEGRAMA	
					TELEGRAMA	
					COREN PR 384807	
					FINGLASER 021-1	

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11.11.10

PRONTUÁRIO: 1201287

PACIENTE:	CLEONICE DE LIMA SILVA		DATA/ANOS:	20/03/87		PRONTUÁRIO:	101287	
PRESSÃO ARTERIAL:	PULSO	RESPIRAÇÃO	ESTADO GERAL:	REGULAR	TEMPERATURA:	PESO:	IDADE:	70
ESTADO GERAL:	(BOM) / REGULAR / MAU / PESSIMO		RISCO CIRÚRGICO:	(BOM) / REGULAR / MAU / PESSIMO	GRUPO SANGUÍNEO:			
EXAMES COMPLEMENTARES:								
AP. RESPIRATÓRIO:								
AP. DIGESTIVO:	ZEPUN > 8L	ESTADO MENTAL:	AP. CIRCULATÓRIO:					
PRE-ANESTÉSICO:								
DOSE UMPA:								
DIAGNÓSTICO/TRE-OPERATÓRIO:								
ESTADO FÍSICO FARA:								
II								
CRURGIÁ REALIZADA:	Excluse da veia distal exposta							
CRURGIÃO:	ALFAYRES							
INÍCIO DA ANESTESIA:	20:10	TERMINO DA ANESTESIA:	20:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	60'			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:							
ANESTESISTA:	VALORES RS:							
AGENTES-UR:	CRURIS: 10.612							
N.º:								

Dra. Amanda V. Andrade

CRM-PB 10.692  
Anestesiologista





**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> CLEONICE DE LIMA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 119069
<b>Data de Nascimento:</b> 10/02/1949	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Internação:</b> 04/11/2019 06:50:05	<b>Data de Alta:</b> 18/11/2019 12:12:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Resumo da Internação:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Resultado de Exames:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Tratamento:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
<b>Recomendações:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			

Data: 18/11/2019

*Jorge Nílson Souza Pinto*  
JORGE NÍLSON SOUSA PINTO  
CRM/12278 - PB



PatientID: 000000110068  
Name: CLEONICE DE LIMA SILVA  
Sex: Feminino  
BirthDate: 10.02.1949  
Age: 70a.



HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 13:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813125056100000031898311>  
Número do documento: 20081813125056100000031898311

Num. 33327212 - Pág. 26

PatientID: 000000110068  
PatientName: CLEONICE DE LIMA SILVA

Sex: Feminino  
BirthDate: 10.02.1949  
Age: 70a.

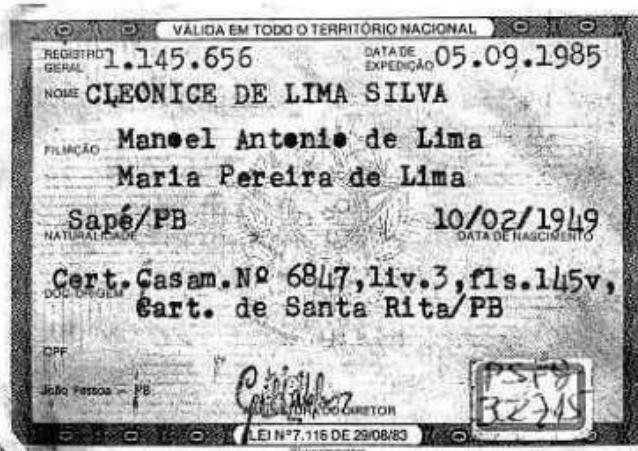
StudyDate:06.12.2019

E

Image:1 Series:

HTOP





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 13:12:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813125056100000031898311>  
 Número do documento: 20081813125056100000031898311

Num. 33327212 - Pág. 28



## - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____	CPF DA VÍTIMA _____		
DATA DO ACIDENTE _____			
<b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	( ) VÍTIMA	( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA, É _____	
ENDEREÇO DO PORTADOR	ENDEREÇO DO PORTADOR	BAIRRO _____	
Nº _____	COMPLEMENTO _____	UF _____	CEP _____
CIDADE _____	E-MAIL _____	TELEFONE (_____) _____	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFIRMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFIRMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) Morte = R\$ 13.500,00
- ( ) INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELO DE SEGURO PREVISTO NA LEI 6.194/74.
- ( ) DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSLO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOSLO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O: LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODI
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	NOOME _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____



## - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____	CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____	
<b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VÍTIMA, É _____	( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VÍTIMA, É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR	BAIRRO _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____	UF _____ CEP _____
CIDADE _____	TELEFONE ( ) _____
E-MAIL _____	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFIRMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (NOTAS FISCAIS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFIRMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (NOTAS FISCAIS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) Morte = R\$ 13.500,00
- ( ) INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELO DE SEGURO PREVISTO NA LEI 6.194/74.
- ( ) DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSLO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOSLO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O: LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODI
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____



## - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200115923      **Cidade:** Guarabira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEONICE DE LIMA SILVA      **Data do acidente:** 03/11/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** A

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200115923      **Cidade:** Guarabira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEONICE DE LIMA SILVA      **Data do acidente:** 03/11/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091876/20

**Vítima:** CLEONICE DE LIMA SILVA

**CPF:** 927.688.734-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/11/2019

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Titular do CPF:** CLEONICE DE LIMA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**CLEONICE DE LIMA SILVA : 927.688.734-20**

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](http://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: 13/03/2020  
Nome: CLEONICE DE LIMA SILVA  
CPF: 927.688.734-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

CLEONICE DE LIMA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

