

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 00000506283-7

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.

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) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	395.301.324-68	Terezinha MANEIRINO DA CUNHA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Terezinha MANEIRINO DA CUNHA		
6 - CPF:	395.301.324-68		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Revisor	RUA ROTUNDO CARLOS PESSOA	168	BEISEL
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
beisel	JOÃO PESSOA	PB	58075.110
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728		

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:	RECLUSO INFORMAR	R\$1.00 A R\$1.000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	SEM RENDA	R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Banco do Brasil (001)	Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Bradesco	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos?	Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho nascido)?	Sim	31 - Vítima teve irmãos?	Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim
Não				Não	Não	Não	Não			Não	Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data, *JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00005.01.2020.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00005.01.2020.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 14:07 horas do dia 07 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josineria Cunha dos Santos**, CPF nº 676.054.434-04, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Assistente Social, filho(a) de Terezinha Marcelino Cunha e Adelson Antonio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/04/1967 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roberto Carlos Pessoa, N° 68, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Armazém Paraíba, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99824-4491.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Br 230 Próximo Atacadão, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/09/19 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (**Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor**).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a comunicante/declarante ,relata que a sua filha JULIANARIA ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA, portador do CPF 701.634.194-18, RG 402323 SSDS/PB, CNH 06384269051, categoria "B", condizia o veiculo/caminhoneta, marca e modelo: RENAULT/DUSTER, ano e modelo:2013 de cor branca, placa: OGA3345/PB, chassi:93YHSR2L6DJ678957, registrado em nome de Clóvis de Almeida da Silva, CPF :054.157.794-85; QUE segundo a comunicante declarante a sua filha conduzia o veiculo acima citado quando um veiculo que seguia a frente parou de repente sem se quer sinalizar, fazendo com que a sua filha viesse a colidir na traseira desse carro, não sabendo especificar a marca e modelo nem condutor, apenas relata que a sua mãe TEREZA MARCELINO DA CUNHA, portador do CPF 395.301.324-68, que vinha de carona, após a freia brusca veio a se machucar; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 28/11/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por ambulância; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,2

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.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



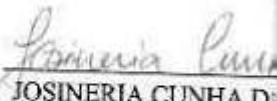
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Segu


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB,


JOSINERIA CUNHA D.
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	395.301.324-68	Terezinha MANEIRINO DA CUNHA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Terezinha MANEIRINO DA CUNHA		
6 - CPF:	395.301.324-68		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Revisor	RUA ROTUNDO CARLOS PESSOA	168	BEISEL
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
beisel	JOÃO PESSOA	PB	58075.110
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728		

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:	RECLUSO INFORMAR	R\$1.00 A R\$1.000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	SEM RENDA	R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Banco do Brasil (001)	Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Bradesco	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos?	Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho nascido)?	Sim	31 - Vítima teve irmãos?	Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim
Não				Não	Não	Não	Não			Não	Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data, *JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	395.301.324-68	Terezinha Mancino da Cunha	

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

5 - Nome completo:	Terezinha Mancino da Cunha		
6 - CPF:	395.301.324-68		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Mercado	Rua Roraima Carlos Pessoa	168	Beisek
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
beisek	João Pessoa	PB	58075.110
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728		

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:	X RECLUSO INFORMAR SEM RENDA	R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00						
21 - DADOS BANCÁRIOS:	X 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)	X CONTA CORRENTE (Todos os bancos)							
Banco do Brasil (001)	Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: <input type="text"/> Bradesco	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 506283	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: <input type="text"/> Bradesco	(Informar o dígito se existir)						
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 506283	(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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos?	Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)?	Sim	31 - Vítima teve irmãos?	Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim
Não			Não	Não	Não	Não			Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data, *João Pessoa, 13 de Janeiro de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Cng Vermelho Brasileiro



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Esanor Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ALGORETES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Relatório de Atendimento: 1111533



Identificação do paciente

Identificação do paciente				Sexo Feminino
ID 1330380	Nome TEREZA MARCELINO DA CUNHA			
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EUDOCIA IDALINO DA CONCEICAO	Pai MARCELINO PEREIRA DA CUNHA			
Escolaridade:	Responsável (Parentesco) JOSINERIA CUNHA DOS SANTOS - FILHO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988244491	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1029557	Nº Crs 206115166530005		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R		

Endereço

Endereço	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSE NOVAIS
CEP 58088570	Complemento		Bairro CITIZERO
Número 246			

Admissão

Data e Hora: 27/09/2018 21:36:48	Número da pulseira 1000006683022	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULÂNCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

Síntesis vitals

Exames complementares

Examen clinique [] TDM [] Urographie [] ECG [] Ultrasonografie []

Ratio X []

— 1 —

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

1

Tempo

Impulso



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE TEREZA MARCELINO DA CUNHA

DADOS DE NASCIMENTO 08/08/30

NOME DA MÃE EUDÓCIA IDALINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.111.533

Nº PRONTUÁRIO 11.322

DATA DO ATENDIMENTO 27/09/19

HORA DO ATENDIMENTO 21:36

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO D

CID 10 S 42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente idosa deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (colisão carro x carro), encaminhada do Ortotrauma, apresentando dor em braço D + limitação dos movimentos, para tratamento cirúrgico conforme pontuação Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro D

RX do ombro D - AP e Obliquo

RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero D à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Tibiriça Medeiros e Dr. Everton Silveira da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 17/10/19

DATA DA EMISSÃO: 28/11/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.

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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

BANCO: 237

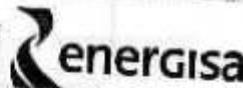
AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000506283-7

Nr. Autenticação

BRADESCO30012020050000000002370210800000506283168750 PAGO

FRANCISCO LEONARDO SOARES DE MELLO
FLA ROBERTO CARLOS PESSOA 139 - GISEL
JOAO PESSOA/PB CEP: 58075110-40-11



Liquidação MONOFÁSICO
Cláusula RES MTC B1/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roberto: 18-2-780-8460 Referência Out/2018
Verdejaria 66000270739 Emissas 26/10/2018

ENERGIA PARA A SAÚDE DISTRIBUIDOR DE ENERGIA SA
Br 290, Km 25 - Cidre Redentor - Jataí-PR - CEP 88071-882
CNPJ 09.006.193/0001-49 Inst. Est. Id 316.802-0

Nota Fiscal/Conteúdo Energia Elétrica MFC03-438264
R\$ 0,00 BRL Automatizada 10/04/2019 10:53

Out / 2015

29/10/2019

2844220

100

Sarampo é grave e pode matar. Fique alerta e vacine-se e se previna.

Data	Leratura	Data	Leratura							
27/06/18	4442	28/06/18	4700							
0001	Consumo em kWh	146.000	0.780510	116,16	115,12	27	21,6	116,16	1,39	-0,58
0001	Add. E Vermelha			0,78	0,78	27	0,23	0,78	0,01	0,03
0001	Add. B Amarela			2,88	2,26	27	0,80	2,88	0,02	0,11
LANCAMENTOS E SERVIÇOS										
0001	CONTROLE SERVIÇO PÚBLICO			4,08	0,00	0	0,03	0,33	0,00	0,00
0001	JUROS DE MORA 08/2018			0,82	0,00	0	0,00	0,82	0,00	0,00
0001	MULTA 08/2018			2,88	0,03	0	0,00	3,00	0,33	0,00
0001	PEST. BANCO. AMAR. RESIDENCIAL 09/2018			-0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
								148		32

CCT Código de Clasificación do Item TOTAL 133.18 121.81 22.81 121.46 1.02

05/REVIEW

卷之三

146 | 148 | 142 | 12 | 161 | 148 | 174 | 138 | -12) | 84 | 140 | 27
Oct18 Nov18 Dec18 Jan19 Feb19 Mar19 Apr19 May19 Jun19 Jul19 Aug19 Sept19

RESERVADO AO FISCO
b10c acc5 3ac4 12ef 2a59 a53d 4a7e 2bd-

ITEM	VALOR	UNIDADES	NORMAL	PERÍODO
DIC TRIMESTRAL	5,15			
DICANAL	20,50			
FIC TRIMESTRAL	3,30			
FICANAL	6,60			
DMC	13,20			
RDN	7,86			
	12,22			
			CONTRATADA	
			LIMITE INFERIOR	
			LIMITE SUPERIOR	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Sumário do Util. de Energia/FG	31,83	24,45
Companhia Energética	41,32	32,18
Sistema de Transmissão	4,73	3,53
Centrais Eletricas	4,78	3,58
Impostos Diretos e Encargos	45,20	35,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	136,22	100,00

do fornecimento de dados a qualquer momento, só o devido ao prazo e ao horário fixado, contecto da data de vencimento da fatura.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190-00000-00150-0

PAGADOR: FRANCISCO LEONARDO SOARES DE MELLO - CPF: 110.158.682-00
RUARDO: RUA DA SERRA, 100 - BARRA DA LAGOA - RJ

Nº da NR	At Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
31054400723174	00526159201910/05/11/2019	R\$ 130,19		
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - CESTRA LINHAS DE TELEFONE				

BRAZILIANA DE ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.068.180/0331-03
Br 233, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000

Agencia / Código do beneficiário: 3036-3/2447-3

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente TEREZA MARCELINO DA CUNHA	BAE 1111633	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48	Data Baixa
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88a 1m 20d	Sexo Feminino	CNS 206115166530005
Mãe EUDOCIA IDALINO DA CONCEICAO			
Endereço JOSÉ NOVAIS, 219	Bairro OTIZEIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO	Nº Cons. Regional 9390/PB
Data/Hora Classificação 27/09/2018 21:36:48		Data/Hora Prescrição 27/09/2018 21:56:52	

Anamnese

AUMA EM OMBRO DIREITO

RX: FRATURA DE UMERO PROXIMAL

CD: INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

¹DANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

Boleto de registro por: THIENE MARQUES MEIRA BRAGA em 27/09/2018 21:55:50

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA

CREATININA

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

...ernar Paciente

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Dr. José Rodrigues Zorrilla Neto
CRM: 9380/PB

JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO
(CRM: 9380/PB)



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

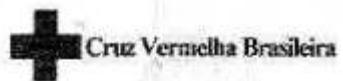


BE/PRONTUÁRIO

1111533

Nome do paciente

Teresa Marcella da Cunha



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 09/10/2018 16:55:09

Paciente TEREZA MARCELINO DA CUNHA		Boletim de Atendimento 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88	Sexo Feminino	CNS 206115166530005	Prontuário 111322
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 27/09/2018 21:36:48	Data Internação 27/09/2018 22:59:14	Permanência na Unidade: 5d 17h 53min		Permanência no Leito: 11d 19h 19min

Evolução Médica (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/10/2018 16:54:56)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

CIRURGIA SUSPENSA PELA ANESTESIA E PELA ORTOPEDIA POR AVANÇO DE HORÁRIO

CD: VPM

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Dr. Laiana Barreto
Médica
CRM / PB - 5413



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Paciente TERESA MARCELINO DA CUNHA	Bolelim de Atendimento 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88	Sexo Feminino
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 206115166530005

EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 30/09/2018 07:24:50)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

2º DIH: FRATURA ÚMERO PROXIMAL D.;
 PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; RISCO OK (GRAU II);
 CD: AGUARDA EXAMES LABORATORIAIS;
 OPME: PLACA BLOQUEADA TIPO PHILLUS
 SOLICITADA EM 29.09.18.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Dr. Alisson F. F. Vieira
 CRM-PB 69130 CRM-MG 17606
 SBOT 1064





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Paciente TERESA MARCELINO DA CUNHA	Boletim de Atendimento 1111533	Data/Hora Entrada 27/09/2018 21:36:48
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88	Sexo Feminino
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 2061151666530005

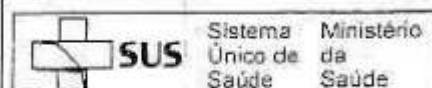
EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 28/09/2018 08:02:42)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA**FRATURA DO UMERO PROXIMAL**
AGUARDANDO EXAME LAB E RISCO CIRURGICOSeção: AREA LARANJA - UDC A Leito: 0005
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDESDr. Luciano
Ortopedia
Cirurgia

60



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

40.46.E.E.T.S.H.L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

86.E.E.T.S.H.L.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Terezinha Temeza Mangino da Cunha

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
1111533

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc

Fem

X 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

1000

11 - TELEFONE DE CONTATO
N.º DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. SIG. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-Q70E

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-Q70E

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-Q70E

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

T.M.C - (1) Placa Bloqueada 9x3 Furos.
 Caixa Phillips - Parafuso Cortical N.º: 26-(01) N.º 36(01)
 3.5 " Bloqueado N.º 26 (02) N.º 38(03)
 N.º 34 (01)

Fio de Kirchner. (1.5/20/3.0) - 01 de cada (Como Guia)

13/08/2018

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO



41 - DOCUMENTO

42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

I CNS I CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

I CNS I CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOME: TERESA MARCELINO DA CUNHA BE/PRONTUÁRIO 1111533
IDADE: SEXO: FEM COR: DATA: 13/10/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

CIRURGIÃO: DR TIBIRICA 1º ASS: DR EVERTON
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO PLEXO BIFORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA PROXIMAL DE UMERO DIREITO	
COM PLACA PHILUS 9X3	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 13/10/2018



Nome do Paciente Tomeza Marcelino da Cunha
RAPE 88-1111 PRONTUÁRIO 533 ENTERMÁRIA 22 LEITO pe
CIRROSE TTB Cor. de Fratuma de Umeno Proximal D.
CIRURGIA Tibinica + Eventos + Bruno (R1) Interno.
ANESTESIA Bloquio + Genal.
ANESTESISTA Tiennes.

Eurton

ANSWER: **ANSWER** **ANSWER** **ANSWER** **ANSWER** **ANSWER**

ÍNDICE DE RISCO DE FIREGIA - ASA I AMERICAN

ASSET 115A3 VASA F148-41 ASA-T1
ASSET 115A3 VASA F148-41 ASA-T1
CONTAMINATED - INSECTICIDE POTENTIALLY CONTAMINATED

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº 8		X FIO CAT GUT CRONADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº 10		X FIO CAT GUT CRONADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 2		X FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO Nº 14		X FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TURANICAN N°		X FIO DE NYLON N° 20	✓
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURINI 11	X FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURINI 15	X FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP/ I DЕGERMANTЕ		LÂMINA BISTURINI 23	X FIO POLIGLACTINA N°	✓
FLUMAZENIL	PVP/ TINTURA		LÂMINA BISTURINI 24	X FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP/ TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	X FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOCRIPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTE	X FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOCRIPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	✓	
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 13x4,5		LUVA ESTERIL N° 8	X FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25x30		LUVA ESTERIL N° 3	X FIO POLIOLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x38		LUVA ESTERIL N° 5	X FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40x12		LUVA ESTERIL N° 8	X FITA CARDIÁCA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N° 16		MASCARA CIRÚRGICA	✓	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N° 17		MULTIVIAS	X CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N° 18		PERFLUORODOL DE SORO	X CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL	AGULHA RAQUIN N° 23G		SCALP N° 14	X CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUIN N° 25G		SCALP N° 21	X FIXADOR KIRSCHNER N°	15 (0)
ROCUROLÍDIO	AGULHA RAQUIN N° 27G		SERINGA 1ML	X FIO DE KIRSCHNER N°	20 (0)
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	X FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	X FIO STEINMAN N°	
TROPENTAL	ATADURA DESSADA	✓	SERINGA 30ML	X GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL N° 8	
ADRENALINA		CÂMILA PI TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP TRAQUEAL N° 10	X KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO		SONDA ASP TRAQUEAL N° 12	X PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA	✓	CATETER EMBOLÉ ARTERIAL N°		SONDA ASP TRAQUEAL N° 14	X SET PAM
BENTRA		CATETER EPIDURAL N° 15		SONDA ASP TRAQUEAL N° 16	X FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	✓	CATETER EPIDURAL N° 17		SONDA FOLEY 21VAS N° 12	X EMPRESA
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL N° 18		SONDA FOLEY 21VAS N° 14	
DIPIRONA SÓDICA	✓	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CERTA	X PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LÔNGA	X PARAFUSOS CORTICais
FLUORESCEÍDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓	SONDA URETRAL N°	X PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	✓	TORNEIRINHA	X PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N° 4,5	X PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	X PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	✓	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	X PLACA Bloq. 9x3 F
ONDASCENTRÔNA		EQUIPO MACRODROTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	X PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE	✓	EQUIPO MICRODROTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPOONJA DE PVP	✓	FIOS	X ASPIRADOR
TENDONICAN		ESPARADRAPO			X BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	✓		X CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS	✓		X CARDIOMONITOR
		GEL ELÉTROLITICO			X DESFIBRILADOR
		JELCO Nº 14			X ECO AUXILIAR
		JELCO Nº 16			X FOCO CENTRAL
					X MICROSCOPIO
					X OXÍMETRO DE PULSO
					X PTA. INVASIVA NÃO INVASIVA
					X PERFORADOR ELÉTRICO
					X SERRA
					X CIRCULANTE
					Gilene Correia Cirurg. Enferm. 13

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13/10/18

PRONTUÁRIO: 1111533

PACIENTE: Ferreira Marcellino da Cunha

SEXO: F

IDADE: 55a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 90 RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL: BOM X REGULAR (MAU) PESSIMO RISCO CIRÚRGICO X BOM (REGULAR) MAU PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VDM

AP. RESPIRATÓRIO eupneico

AP CIRCULATÓRIO estável

AP. DIGESTIVO gástrico

ESTADO MENTAL consciente

DROGAS EM USO VPM

PRE-ANESTÉSICO

MDZ 2mg

DOSE/HORA

IT

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO fistula em úmido proximal direito

CIRURGIA REALIZADA fistotomia cirúrgica de úmido proximal direito

CIRURGÃO Dr. Líbero

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 09:50

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Líbero

CPF

CRM-PB

Herrera Kehrwald
MÉDICO
CRM 7179

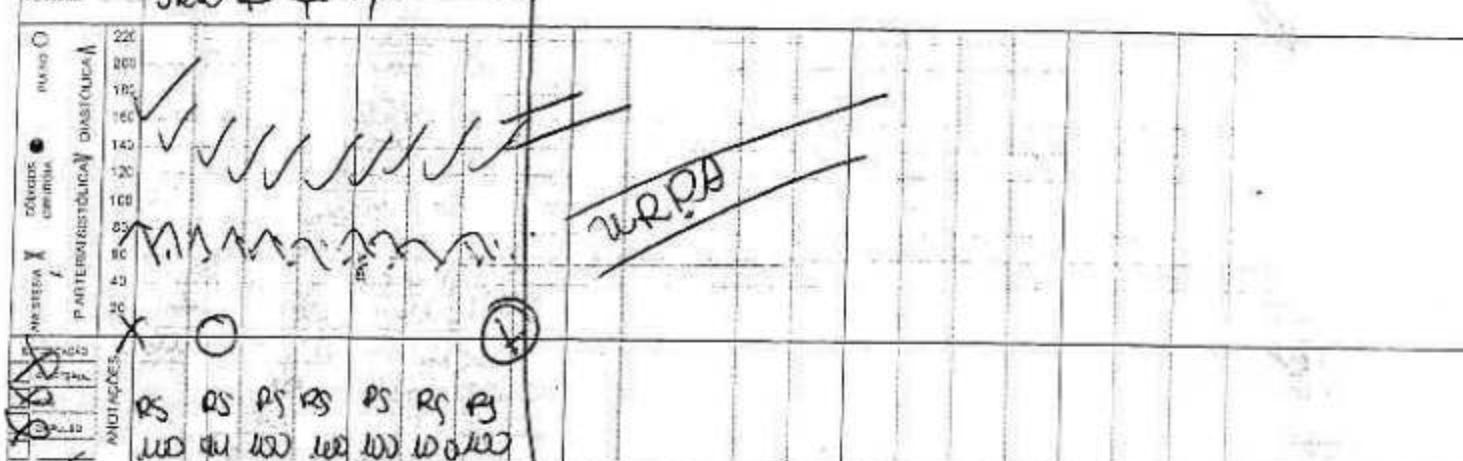
AGENTES-HORA 09:50

04:50

10:50

P_{CO₂}
solo

see D - C - T



ANESTÉSICA GERAL RACIUDAL EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

Bloqueio intravertebral cervical superior → fonteira em DDI,

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|
| SUCROS | 1. Lidocaina 2 mg | 11. Securine 01 Frasco |
| NACL | 2. Lidocaina sem estraç 1% | 12. Procaine 5 mg |
| SARROUS | 3. Isosorbide com estraç 0,25% | 13. Quirurgimine 2 mg |
| RINGER | 4. Cetapcina 2g | 14. Atropina 0,15 mg |
| TOTAL | 5. Glucagona 2g | 15. |
| DESTINO DO PACIENTE | 6. Fentanyl 10mg | 16. |
| <input type="checkbox"/> APTE | 7. Ondansetron 4 mg | 17. |
| <input type="checkbox"/> UTI | 8. Gentam 50 mg | 18. |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS VRDS | 9. Cloramina 20 mg | 19. |
| | 10. Etomidato 50 mg | 20. |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: monovasculada, circulação em 115G c/ fluxo 18G, punção com agulha 4x25, sistema adiquado com manutenção hidroclorotetraciclínico, empilhado 2+3. Bloqueio cervical com sedação.

Airway → intubado com 10 + 12, que - oxigenação 4/5 a 100%, 20V c/ 40ml c/ 10L ansufado cuff, manutenção 4/5 e secundária longa c/ depresor apical.

ASSINATURA DO ANESTETISTA

HERRERA KEHRWALD

Herrera Kehrwald
MÉDICO
CRM 7179



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM CADEIRA DE PRAIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

VIA DE ACESSO DELTO PEITORAL

AVULSÃO, DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS DE HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA SOB MANOBRA DE REDUÇÃO

CURETAGEM DO FOCO DE FRATURA

FIXAÇÃO COM PLACA PHILIPS 9X6 + 7 PARAFUSOS BLOQUEADOS + 1 CORTICAL

SOB AUXILIO DE RADIOESCOPIA

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

CUIDADOS COM A HEMOSTASIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

HEMI - J

Médico/CRM:

João Pessoa,

13/10/2018

Dra. Thamires
Cirurgião-Dentista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETAN - PB		Nº 014798873531	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODÉ RENAULT	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	GO63940903	03/2019	2018
NOME			
CLOVIS DE ALMEIDA DA SILVA			
CPF / CNPJ	PLACA		
05415779195	OGA3345/PB		
PLACANT / UF	CHASSIS		
NOVO	PB 93YH5R216DJ678957		
Especificação	COMBUSTÍVEL		
MÍS/CAMIONETA/Nº0 APTIC	ALCO/GÁSOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
RENAULT/DUSTER 1.0 D 4X2	2013	2013	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
05P/0.49T/142CV	PARTIC	BRANCA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
I		00/00/0000	
P		1 ^a	
V	FAXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	2 ^a	
		3 ^a	
PRÉMIO IAN/FARO (RS)		PRÉMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO
*****		*****	15/05/2019
OBSERVAÇÕES			
A. F. B. FINANCIADA OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
MAMANGUAPE - PB		15/05/2019	
42218		19923	
15 ANOS			
ESTAMPA			
IMPRESSA Vias e Transportes			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTES

PB Nº 014798873531

ESTE É O SEU
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES

WWW.SEGURANCA.COM.BR
SAC 1000-2000-0000

VIA	05415779195
RENAVAN	GO639409037
ARO FAB.	2013
FUN (RS)	*****
CUSTO DIFERENCIADO (RS)	

PAGAMENTO	
COTA UNICA	

SEGURANCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200023038 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019660/20

Número do Sinistro: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

CPF: 395.301.324-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2019

Titular do CPF: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: TEREZA MARCELINO DA CUNHA
CPF: 395.301.324-68

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019660/20

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

CPF: 395.301.324-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2019

Titular do CPF: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TEREZA MARCELINO DA CUNHA : 395.301.324-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: TEREZA MARCELINO DA CUNHA
CPF: 395.301.324-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO