

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119865/19

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

CPF: 078.787.914-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSELITO MATIAS DA SILVA : 078.787.914-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/04/2019
Nome: JOSELITO MATIAS DA SILVA
CPF: 078.787.914-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSELITO MATIAS DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO MATIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 00000076786-9

Nr. da Autenticação EA08C58CEF23A2AE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0119965J9** 3 - CPF da vítima: **079.797.934-22** 4 - Nome completo da vítima: **Josélio Murtuza da 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:	Josélio Murtuza da Silva		6 - CPF:	079.797.934-22		
7 - Profissão:	Agricultor		8 - Endereço:	Itaú		
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Umarimanguape	9 - Número:	93 A	
15 - E-mail:			13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58280-000
					16 - Tel.(DDD):	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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: _____

AGÊNCIA: **0044**

CONTA: **46786**

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

Josélio Murtuza da Silva
34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

044 368.854.02
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Josélio Murtuza da Silva
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, **João Pessoa PB 14-10-2020**

Manoel Elias
38 - 1º | Nome: **Manoel Elias**
CPF: **978.861.659**

Manoel Elias
Assinatura da testemunha

Josélio Murtuza da Silva
39 - 2º | Nome: **Josélio Murtuza da Silva**
CPF: **073.543.439.47**

Josélio Murtuza da Silva
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

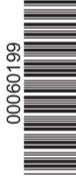
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores 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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265434

Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265434 **Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA**

Data do Acidente: 22/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSELITO MATIAS DA 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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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: JOSELITO MATIAS DA SILVA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000076786-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0119865/19	CPF da vítima: 078.787.934-22	Nome completo da vítima: Josélio Matias da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Josélio Matias da Silva		CPF: 079.787.934-22		
Profissão: Agricultor	Endereço: Rua Otávio Monteiro	Número: 93 A	Complemento: -	
Bairro: Centro	Cidade: Maneique	Estado: PR	CEP: 58280-200	Tel.(DDD): 1831993928028
E-mail: abracade@ymail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0044** CONTA: **76786** **9**
(Informar o dígito se existir) **9** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) **9** (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Josélio Matias da Silva 09/04/2019**
 Nome: _____
 CPF: **079.787.934-22**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS - ABR. 2019



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190265434
Nome do(a) Examinado(a): Joselito Matias da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Otavio Monteiro, S/N A
Centro Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2642335
Data local do acidente: [22/09/2018]
Data local do exame: [27/09/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.
FRATURA DE MÚLTIPLOS OSSOS DA FACE (ZIGOMÁTICO E MAXILAS).**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO OMBRO DIREITO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DE FACE, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 21/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM IMPOSSIBILIDADE DE ELEVAÇÃO ACIMA DA ALTURA DO OMBRO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E QUEIXAS DE DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO PRINCIPALMENTE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: **(X) 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2019

Ocorrência nº. 0627/2019

Aos 28 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SIMONE QUIRINO DE AS MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira, aí, por volta 16h:13min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSELITO MATIAS DA SILVA, conhecido por -, Identidade nº 2842335-SSP/PB, CPF nº 07878791422, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sebastiao Matias Da Silva E Geralda Barbosa Moreira, natural de Dona Ines/PB, nascido(a) em 02/03/1982, do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia Gupiuna Do Meio, Marcação-Pb , tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato (83)988512688.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO**;
- 2) DATA DO FATO: **22 de setembro de 2018**;
- 3) HORÁRIO: **10h:0min**;
- 4) LOCAL: ENTRADA DO CATU-PROXIMO A MATARCA-PB.
- 5) DESCRIÇÃO DO(S) BEM(S)/VALOR(ES)/OBJETO(S) FURTADO(S):
.

6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:
.

7) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE na hora e local acima descrito o comunicante estava de carona na moto de PLACA:MNU9325/PB, COR:VERMELHA, ANO/MOD:2007/2007, MAR/MOD:HONDA/CG 150 TITAN KS, CHASSI:9C2KC08107R144869 licenciada em nome de CRISTIANO LUCAS DE FARIAS, quando a moto sobrou na curva causando o acidente; QUE o comunicante foi socorrido e levado ao TRAUMA DA CAPITAL-PB e la tomados o atendimento necessário; QUE o comunicante foi diagnosticado inicial conforme LAUDO:FRATURA DO ZIGOMA DIREITO+FRATURA DA MAXILA DIREITA+FRATURA COMINUTIVA DA ESCAPULA CID 10 S 02 4, S 42 1; QUE o comunicante se encaminhou ate essa delegacia de polícia para registrar.

8) OBSERVAÇÕES:
.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

JOSELITO MATIAS DA SILVA

Comunicante

Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira
ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0119865/19	CPF da vítima: 078.787.934-22	Nome completo da vítima: Joselito Matias da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Joselito Matias da Silva		CPF: 079.787.934-22		
Profissão: Agricultor	Endereço: Rua Otávio Monteiro	Número: 93 A	Complemento: -	
Bairro: Centro	Cidade: Maneanguape	Estado: PB	CEP: 58280-200	Tel.(DDD): 83 49392-8028
E-mail: abracade@ymail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0044** CONTA: **76786** **9**
 (Informar o dígito se existir)
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir)
 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Joacá Pessoa 09/04/2019**
 Nome: _____
 CPF: **031**
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

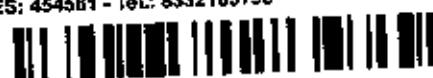
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS ABR. 2019





Identificação do paciente						
ID 1328624	Nome JOSELITO MATIAS DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 02/03/1962	Idade 36 anos 7 meses	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião			
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA	Pai SEBASTIAO MATIAS DA SILVA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ITACIANA MARIA PEREIRA - ESPOSO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 8885126888	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2842335	Nº Cns 700400793558450				
Local de procedência MATARACA		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
E-mail	Naturalidade DONA INES	CBO/R				
Endereço						
CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro BOM JESUS			
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 22/09/2018 12:05:57	Número da pulseira 1000005154448	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente ZONA RURAL					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não			
Transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	P脉	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA						Tempo 01min 33seg

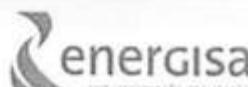


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para sempre pagamento da sua fatura de energia elétrica N° 004.924.723



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Inc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

KATIA MARIA DA SILVA
RUA OTÁVIO MONTEIRO 93 A
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1768818-5

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

12/04/2018

CONSUMO

82

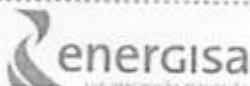
VENCIMENTO

19/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,51

Acesse: www.energisa.com.br



KATIA MARIA DA SILVA

Roteiro: 06-014-045-3705

83690000000-8 47510054000-8 17688182018-5 04700014019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/04/2018	R\$ 47,51	1768818-2018-04-7



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

Joselito Matias da Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF Nº 078.787.914-22, e RG Nº 2.642.335 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua José Nunes de Menezes, S/N, Planalto I, declara que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu dia 22 de setembro de 2018, recusa a assinar a "Declaração de proprietário do veículo", que a Seguradora Lider exige.

Solicito que substituam a declaração do proprietário do veículo por essa declaração, visando o recebimento do seguro DPVAT.

Mataraca/PB, 27 de maio de 2019.



Joselito Matias da Silva
CPF Nº 078.787.914-22
(Solicitante)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1110172 e PRONTUÁRIO nº 111225

PACIENTE: JOSELITO MATIAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 02.03.82

Data e Hora do Atendimento: 22.09.18

Horário: 12:05h



MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital procedente de Mataraca vitima de acidente de motocicleta, orientado, apresentando quadro de edema em região periorbitaria e geniana direita, hipofagma direito, limitação da abertura bucal, suturas em ferimentos da face sem sangramento ativo no momento. Atendido pelo Dr. Paulo Germano Bezerra CRO 3680, Dr. Francinélio Freitas CRM 9603, Dra. Ana Karina de Medeiros Tormes CRM 5724, Dr. Ricardo Rodrigues de Carvalho CRM 6628.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ZIGOMA DIREITO + FRATURA DA MAXILA DIREITA + FRATURA COMINUTIVA DA ESCÁPULA CID 10 S 02 4, S 42 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da face e tratamento conservador para a fratura da escápula e indicado retorno para tratamento cirúrgico em 28.09.18 para tratamento de fratura do zigoma e maxila direita.

ALTA HOSPITALAR: 24.09.18

Data da Emissão: 21.02.19

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9 / CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920

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

Laptop



Documento de Alta

Nome: JOÃO EUSTÁCIO MATIAS DA SILVA		Número Prontuário: 114285	
Data de nascimento: 2000-01-01	Sexo: Masculino	Data de Internação: 23/09/2018 23:06:56	Data de Alta: 24/09/2018 09:54:26
Motivo da alta: ALT. HOSPITALAR			
Conclusão: PACIENTE EM CONEXÕES PARA ALTA HOSPITALAR COM RETORNO DIA 28.09.18 PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO			
Resumo da internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM FRATURA DE ZIGOMA (D) / FRATURA DE MAXILA (D) COM CONSISTÊNCIAS PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA TRATAMENTO DA FRATURA			
Resumo das exames: AO EXAME FONOGRAFICO OBSERVA-SE FRATURA DE ZIGOMA (D) / FRATURA DE MAXILA (D) COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Tratamento: ALT. HOSPITALAR E RETORNO PARA DIA 28.09.18 PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO			
Diagnóstico: S02.0 - Fratura das ossos malares e maxilares			
Recuperada:			

24/09/2018
PACIENTE DEIXADO
EM CASA
COM MEDICAMENTOS

Data: 24/09/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. CRESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONÇALVES - CNEB: 123312 - Tel.: 532168700

Boletim de Atendimento: 1110172



Identificação do paciente

ID 1326624	Nome JOSEUTÔ MATIAS DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 35 anos 6 meses 20 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA		Religião Proluário
Escoterdade		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988612686	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2842335	Nº Cns 700400793658450
Local de procedência MATARACA		Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade DONA INES	UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 55292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Lagradouro BOM JESUS
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 22/09/2018 12:05:57	Número de pulseira 1000005154448	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente ZONA RURAL
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 104 x 56 mmHg	P脉	Temperatura
---------------------	----	-------------

Exames complementares

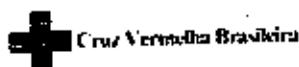
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, 31 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1110172



Identificação do paciente

ID 1328624	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 01/01/1975	Idade 43 anos 8 meses 21 dias	Estado civil Solteiro	Religião Pronunciado
Mae NAO INFORMADO		Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SIBELLY RUBIA - ENFERMEIRA	
DDD Móvel 99	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência MATARACA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	

Endereço

CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro PRINCIPAL
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 22/09/2018 12:05:57	Número da placa 100000515448	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente ZONA RURAL
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 180 x 80 mmHg	P脉so 80	Temperatura 37,2:05
---------------------	------------	------------------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente admitido, frágil de Moto Fuso, apresenta dor de dor, aperto T6, dor e contusão no fuso, dor p/ Hérnia Lumbosacral						
Assinatura: Ana Flávia Mielo Data: 22/09/2018						

Diagnóstico	Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA	Tempo 01min 33s09
-------------	----------------------------------------------	----------------------

Imprimir





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSELITO MATIAS DA SILVA	1110172	22/09/2018 12:05:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/03/1982	36a 6m 21d	Masculino	(83) 988512688
Mãe			Pronúário
GERALDA BARBOSA MOREIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
BOM JESUS, SN	CENTRO	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	96031
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/09/2018 12:05:57		23/09/2018 17:46:42	

Mamnese

ORTOPEDIA#

REAVALIAÇÃO#

PACIENTE COM FRATURA DE CORPO DA ESCAPULA SEM ACOMETIMENTO ARTICULAR.

CD.: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA DA ORTOPEDIA AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.
HEMI-J + ANALGESIA + RETORNO AMPLIATORIAL NO HTOP EM 10-15 DIAS COM ESPECIALISTA EM OMBRO.

STAFF: DR CARLOS + DR TIBERIO.

Conduta

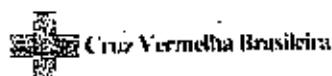
Em observação

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 793404579057800

JOSELITO MATIAS DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA	BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 8m 22d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988512588
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA			Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN	Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 21:59:58	

Anamnese

paciente vítima de acidente motociclístico há aproximadamente 36h apresentando trauma em face. Avaliado e liberado pela geral, ortopedia e ncr. no momento encontra-se consciente, orientado, contacuante, eupneico. ao exame físico edema em região periorbitária e geniana d, hiopsfagma d. sem queixas de alterações visuais, limitação de abertura bucal, suturas em face em posição sem sangramento ativo ou sinais flogísticos. ao exame tomográfico observa-se sinais sugestivos de fratura de zigoma d + arco zigomático d + parassagital de maxila. cd: solicito internação + exames preoperatórios.

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSIM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

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

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

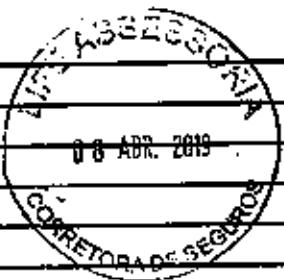
COAGULOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

CREATININA



EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

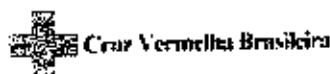
Bulletim registrado por: BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA em 22/09/2018 12:07:30

Internar Paciente

JOSELITO MATIAS DA SILVA

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
JOSELITO MATIAS DA SILVA		1110172	22/09/2018 12:05:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
02/03/1982	36a 8m 21d	Masculino	700400793568450	(83) 986612668
Mãe				Pronthário
GERALDA BARBOSA MOREIRA		Bairro	Município	UF
BOM JESUS, SN		CENTRO	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6626/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
22/09/2018 12:05:57		23/09/2018 17:24:14		

Anamnese

SOLICITO TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL

PACIENTE COM DOR EM COLUNA CERVICAL

NÃO HAVIA SIDO FEITO INVESTIGAÇÃO DE COLUNA CERVICAL

Conduta

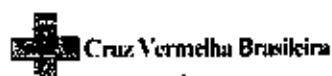
Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6626/PB)

CRM: 6626
Neurocirurgião
Belo Horizonte de CRM





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 23/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982		Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988512688
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RENATA MOURA XAVIER DANTAS	Nº Cons. Regional 4525/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 17:22:36		

Anamnese

Em tempo, realizada tentativa de exame clínico e paciente refere queixas algicás cervicais. Solicito reavaliação da NCR. E aguarda conduta da Ortopedia.

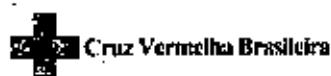
Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Bebê
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	CNS 700400793558450	Telefone de Contato (83) 988512668
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BCM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 5528/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 20:57:15		

Anamnese

****NEUROCIRURGIA****

PACIENTE ADMITIDO ONTEM AS 12:05 VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO

REALIZOU TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO

PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE ESCÁPULA EM TRATAMENTO CONSERVADOR COM ORTOPEDIA COM IMOBILIZAÇÃO

CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgião
CRM: 6628

JOSELITO MATIAS DA SILVA

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(5528/PB)



A circular stamp with the text "CORRECCIONAL DE SEGUROS DE SEGURO" around the perimeter and "9 ABR. 2009" in the center.

~~RODOLFO TORRES~~

10. ELITO MATIAS DA SILVA

卷之二

11.11.1993 - 15505 miliars e milhares

三

100% DE LÍQUIDOS DEMASIADOS PARA CONDUITA PELA BMF - PBM - SISTEMA NARANJA

100% DE IMAGENS SUGESTIVAS DE LAIRON DA COMÉDIA

211 202

885 - 110.000,00 PNEICO, NORMOCORADO E SEM SANGLAMENTOS ATIVOS E

400 · 311 · 691

ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RODOLFO LUIKES GÜRRICH	Dra. María Francisca	22/09/2018 17:44:00
-------------------------	------------------------	----------------------	---------------------

ASSISTENCIAS E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO

www.english-test.net



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA	BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Beixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988512888
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA			Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN	Beiros CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Malivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	Nº Cons. Regional 6018/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 18:58:04	

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO.

O EXAME:GLASGOW 13,SEM DEFICIT MOTOR APENDICULAR,FCC SUTURADO NA

ACE,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

TC DE CRANIO:FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO E TEMPORAL A DIREITA

CD:OBSERVAÇÃO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

(: 6018/PB)





EA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
NES: 6121221

ciente	JOSELITO MATIAS DA SILVA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ata de nascimento	21/03/1982	1110172	22/09/2018 12:05:57	
Idade	36a 6m 20d	Sexo	CNS	Telefone de Contato
		Masculino	700400793558450	(83) 988512888
Não	GERALDA BARBOSA MOREIRA	Bairro	Município	Prontuário
Endereço	BOM JESUS, SN	CENTRO	MATARACA	UF
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	Professional	PB
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Regional
				3945/PB
			Data/Hora Prescrição	
			22/09/2018 20:48:17	

Anamnese

paciente vítima de queda moto, sem uso de capacete, com trauma do segmento céfálico, envolvido em bom estado geral, estável hemodinamicamente, eupneico, respirando em ambiente, ECG 15, sem déficit motor, negando dor em abdome e refere dor apenas em ferimento facial. USG fast negativo, RX tórax pouco penetrado, porém sem alterações. CD: alta da cir geral.

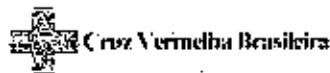
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA


 FÁBIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
 (CRM: 3945/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA	BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982	Idade 36a 6m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988512685
M&e GERALDA BARBOSA MOREIRA			Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN	Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 22:14:13	

Anamnese

"NCR

CONSCIENTE, COM SINAIS DE EMBRIAGEZ, TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. NO MOMENTO CONSCIENTE. DISCRETAMENTE CONFUSO.

AO EXAME FÍSICO:

GLASGOW 14

PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREATIVAS
LACERAÇÃO EM REGIÃO GENIANA DIRETA + FUNDO DE VESTÍBULO MANDIBULAR + REGIÃO ZIGOMÁTICA DIREITA + FRONTAL, SEM CONDIÇÕES DE

TC DE CRÂNIO: NDN

CD:

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA BMF

Conduta

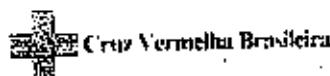
Em observação

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgia
CRM - PB 7423

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

JOSELITO MATIAS DA SILVA





AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
JOSELITO MATIAS DA SILVA	1110172	22/09/2018 12:05:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/03/1982	36a 6m 21d	Masculino	(83) 985512688
Mãe			Prontuário
GERALDA BARBOSA MOREIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
BOM JESUS, BN	CENTRO	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EDSON DELGADO TINOCO	7142/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/09/2018 12:05:57		23/09/2018 01:52:20	

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR EM OMBRO DIREITO

EX DO OMBRO DIREITO EVIDENCIA FRATURA DO COLO DA ESCÁPULA

CD: SOLICITO TC DO OMBRO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FAZER RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

EDSON DELGADO TINOCO
(CRM: 7142/PB)



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSELITO MATIAS DA SILVA		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1982		Idade 36a 8m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988512688
Mãe GERALDA BARBOSA MOREIRA				Prontuário
Endereço BOM JESUS, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 01:52:20		

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR EM OMBRO DIREITO

IX DO OMBRO DIREITO EVIDENCIADA FRATURA DO COLO DA ESCÁPULA

CD: SOLICITO TC DO OMBRO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FAZER RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

Em observação

JOSELITO MATIAS DA SILVA

EDSON DELGADO TINOCO
(CRM: 7142/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1975		Idade 43a 8m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mae NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço PRINCIPAL, SN		Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 3777/PB
Data/Hora Classificação 22/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 14:09:09		

Anamnese

PACIENTE, COM SINAIS DE EMBRIAGEZ, TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. NO MOMENTO CONSCIENTE, ESORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO E SEM SANGRAMENTOS ATIVOS EM FACE. AO EXAME FÍSICO: ACERÁO EM REGIÃO GENIANA DIREIRA + FCC EM REGIÃO ZIGOMÁTICA DIREITA, SEM CONDIÇÕES DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DETALHADA NO MOMENTO. AO EXAME TOMOGRÁFICO: IMAGENS SUGESTIVAS DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILA DIREITO + PARASSAGITAL EM MAXILA.

CD:1)AGUARDO CHEGADA DE MATERIAL DE SUTURA PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

CID10

Código	Descrição
S01.8	Fractura na cabeça, de outras localizações
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e mandibulares

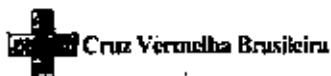
Conduta

Em observação

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(3777/PB)

PACIENTE NAO IDENTIFICADO





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO	BAE 1110172	Data/Hora Entrada 22/09/2018 12:05:57	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1975	Idade 43a 8m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (033) 00000000
Mãe NAO INFORMADO			Prontuário
Endereço PRINCIPAL, SN	Bairro CENTRO	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 12:05:57		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 12:38:11	

Inamnese

paciente vítima de acidente de moto com trauma de crânio e face, apresentando extensos ferimentos na face mais a direita, com intenso sangramento e tb na cavidade oral, está sob efeito de bebidas alcoólicas, sonolento, sem responder as solicitações, apresenta tb trauma no ombro direito.

estado geral comprometido, desidratado, taquicárdico, sonolento.

glasgow 12

tórax sem queixas

abdomen: plano sem dor.

membros sem alterações.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

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

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPÉDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSELITO MATIAS DA SILVA		Data de 02/03/1982	Idade 36a 6m 22d	Sexo MASCULINO	Nº 1110172	Nº Prontuário	Data Prescrição 23/09/2018 21:59:58
Motivo do Aendimento		Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição 23/09/2018 21:59:00 - 24/09/2018 21:59:00		
Convenio SUS		Matrícula			Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA	0,0		Observação:PASTOSA	ORAL			23/09/18 21:59:58
2 CEFALOTINA 1G	1000,0	MG		E.V.	6/6H	125	05 11 77
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H	25	05 11 77
4 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	8/8H	23	07 75
5 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	12/12H	23	11
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
6 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	500,0	ML		E.V.	8/8H	42	42 32
7 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0						23
8 SSVV + CCGG	0,0						23

Dr. Klebsang Am. 12 Perdizes
CORCH-PE 15112-ENT

23 de Setembro de 2018

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

CRM: 5724



Assinatura e Carimbo do Profissional

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SERTANADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSELITO MATIAS DA SILVA Maior do Atençãoamento	Data de 02/03/1982 E-mail:	Idade 36a 6m 21d	Sexo MASCULINO	Nº 1110172	Nº Prontuário	Data Prescrição 22/09/2018 21:08:42
Convenio SUS			Matrícula		Validade da Prescrição 22/09/2018 21:08:00 - 23/09/2018 21:08:00	Senha

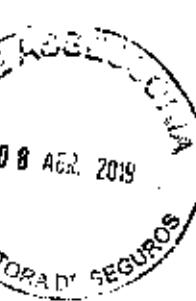
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Vara de	Veloc. Inf.	Pos.	Aparafusamento
1 DIETA	0,0		Observação: PASTOSA	ORAL			
2 JELCO HEPARINIZADO	0,0			E.V.			
3 DIPRÖNÁ 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 RANITIDINA 50MG/2,5ML (AMPOLA 2ML)	50,0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
5 DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA 2ML)	2,5	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
6 CEFALOTINA 1G	1,0	MG		E.V.			
ONDANSETRONA 40G/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
7 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
8 TRAMADOL 5MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9							

(085)							
1 DIETA	0,0		Observação: PASTOSA	ORAL			
2 JELCO HEPARINIZADO	0,0			E.V.			
3 DIPRÖNÁ 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 RANITIDINA 50MG/2,5ML (AMPOLA 2ML)	50,0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
5 DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA 2ML)	2,5	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
6 CEFALOTINA 1G	1,0	MG		E.V.			
ONDANSETRONA 40G/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
7 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
8 TRAMADOL 5MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9							

Assinatura de Carimbo do Profissional
Dr. Evaldo Sales Honfi Júnior
Enfermeiro
Cogn. / PB: 17677-95

22 de Setembro de 2018

Evaldo Sales Honfi Júnior
Enfermeiro
Cogn. / PB: 17677-95



Evaldo Sales Honfi Júnior
CRM: 3985

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Bolema 111111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSELITO MÁTIAS DA SILVA André do Alencarino		Data de 02/03/1982	Idade 36a fm 21d	Sexo MASCULINO	Nº 1110172	Nº Prolongação 22/09/2018 21:06:42	Data Prescrição 22/09/2018 21:06:42
Convenio SUS		Enfermaria / Leito		Matrícula	Validade da Prescrição 22/09/2018 21:08:00 - 23/09/2018 21:08:00	Senha	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						
11 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0						
12 SSWV + CCGG	0,0						

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
CRM: 3985

Dr. Evaldo Sales Honfi Jr.
Enfermeiro
CRM: 3985
Assinatura e Carimbo do Profissional

Evaldo R. V. Gomes
Enfermeiro
CRM: 3985



Data: 22/09/18 12:38:11
Usuário: FÁBIO KENEDY
Bolhão: 1110172

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE NÃO IDENTIFICADO	
Motivo do Aendimento	Convenio SUS
Enfermaria / Leito	
	Matrícula
	Senhia

Nome do medicamento	Dose	U.M.	orientação de uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aparazamento
1 DIPORCNA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	14/09/2018
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000,0	ML		E.V.		AGORA	14/09/2018
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	14/09/2018
4 AFERIR PA E FC	0,0						
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0						
6 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0						
7 PARECER ORTO	0,0						

22 de Setembro de 2018

FÁBIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
CRM: 3945

Assinatura e Carimbo do Profissional





Atendimento: 201831587714

Data Nasc: 01/01/1975 - 43 anos

Paciente: PNI BE 1110172

Data Exame: 22/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

Não há sinais de coleções extra-axiais.

Fratura nos ossos da hemiface à direita

Hemossinuso

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.





Atendimento: 201831587714

Data Nasc: 01/01/1975 - 43 anos

Paciente: PNI BE 1110172

Data Exame: 22/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Fratura dos ossos da hemiface à direita

Hemossinus

Septo nasal sem desvios significativos.

Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/09/2018 23:22.



Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



Atendimento: 201831587714

Data Nasc: 01/01/1975 - 43 anos

Paciente: PNI BE 1110172

Data Exame: 22/09/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Ectasia do ducto hepatocoléodo.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 22/09/2018 18:17.

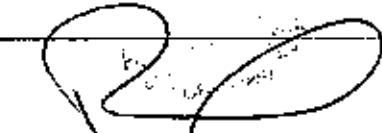

Dra. Norma C. M. F. Montenegro
CRM: 9697- PB




Documento de Alta

Nome: JOSÉ LITO MATTOS DA SILVA			Número Prontuário: 111255
Data de n. 23/09/18	Sexo: Masculino	Data de Internação: 23/09/2018 23:06:56	Data de Alta: 24/09/2018 09:54:28
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACENTE EM CONDIÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR COM RETORNO DIA 28.09.18 PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO			
Resumo da internação: PACENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO CURSANDO COM FRATURA DE ZIGOMA (D) FRATURA DE MAXILA (D) COM CONDIÇÕES FÍSICAS PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA TRATAMENTO DA FRATURA.			
Resumo dos exames: AO EXAMES FOTOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA DE ZIGOMA (D) FRATURA DE MAXILA (D) COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.			
Tratamento: ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA DIA 28.09.18 PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO			
Diagnóstico: S02.1 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações:			

Data: 24/09/2018



**PAULO GERMANO DE CARVALHO
BEZERRA FALCAO
CRM: 3680 - PE**





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO I. INEMA**

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: JOSÉ EULÓMIO MARQUES DASILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 22/08/18
Nº PRONTUÁRIO: 110172 FICHA:
MÉDICO (CARIMBO):
DIAGNÓSTICO: Febre na vacina
PROCEDIMENTO: Avaliação
+ INSTRUÇÕES: 1161120

**SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO**

F(NG), APC, 0345-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
08/09/18	OMF	07:00	

F(NG).APC.03.5+1





INTERCLIM

ESPECIALIDADES:

- Cardiologia
- Clínica Médica
- Dermatologia / Dermato-Funcional
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia e Obstetrícia
- Medicina do Trabalho
- Neurologia
- Otorrinolaringologia
- Ortopedia / Traumatologia
- Pediatria
- Psiquiatria
- Urologia

SERVICOS:

- Acupuntura
- Fisioterapia
- Fisioterapia Estética
- Fotomicroscopia
- Hidroterapia
- Hidroginástica
- Laboratório de Análises
- Clínicas - Labclin
- Nutrição
- Psicologia
- Pilates

EXAMES:

- Audiometria / Impedanciometria
- Aplicação de Anestesia
- Colposcopia / Vulvoscopia
- Eletrocardiograma
- Eléktroencefalogramma
- Endoscopia Digestiva
- Lavagem de Ouvido
- Raio-X / Escanometria
- Bisco Cirúrgico
- Teste da Orelhinha
- Ultrassonografia Geral
- Videolaringoscopia

LAVAO MÉDICO

O paciente José Lito Ma-

Fias da Silva, sofreu acidente de mo-
toquelete em 09/18, apresentando Fratu-
ra na Omoplata D. CID-42.1, tendo feito
tratamento conservador, resultando

em sequelas: dor local + limitações
de movimentos + perda (limininação)

de força muscular, com percentual de

50% de funções do membro D, com tra-
ma de face associado, com fraturas
CID-S02 e operação fechada do joelho.

Clinica de Radiologia e Radioterapias - Médicos e Terapeutas Ativos

Rua Dom Vital, 127 - Centro - Mamanguape / PB

Fone / Fax: (83) 3292-2900 / 3292-2659 - E-mail: inter-clin@hotmail.com

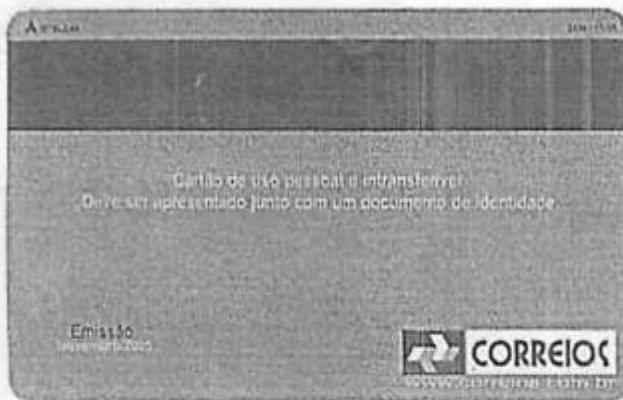
masticatória.

09/09/19

Dr. Emerson Marinho Teixeira
C.R.F. 133.219-931 CRM 2516
TRAUMATOGOLOGIA - CATEGORIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
2042335	DATA DE EXPEDIÇÃO 09 ABR. 1959
NOME: JOSELITO MATIAS DA SILVA	
FILHO DE: Sebastião Matias da Silva Geralda Barbosa Moreira	
DONA INÉS-PB	02.03.1982 DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	
CERT. N.º 5647. Fls. 113-V. Liv. 06- A. Cart. Dona Inês-PB.	
D.O.N. ORIGEM	
CPF: 000.000.000-00	
Júlio Ferreira - PB	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N.º 7.110 DE 29.05.83	



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Forreto Matiato de SouzaDATA DO ACIDENTE 22/10/2020 18CPF DA VITIMA 078484944-22

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº 93 A COMPLEMENTO -CIDADE Flamenguape UF PE BAIRRO CentroE-MAIL

TELEFONE (85) 99 392 8029

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 VITIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 VALORES DE INDENIZAÇÃO *MORTE = R\$ 13.500,00 *INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. *DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). 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 OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURONOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
08 Ass. 2019DATA 08/04/2019IDENTIDADE CC 12.335NOME Cooperadora de SegurosASSINATURA

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUIEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



MARIA ELISANGELA TOME
RUA SERINGUEIRO MENDES, 418/C - DAS INDUSTRIAS
JOAO PESSOA/PB CEP 58030000 (AG. 1)

Emissão: 24/01/2019 Referência: Jan/2019
Classe/Subsíp: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO Endereço: Rua 220, Km 15, Centro, Pecém/PB CEP 58030-025
Número: 163-200-0310 Número: 051287951-14

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.925.152/0001-40 PIS/COFINS: 16.015.073-200
Cód. para Débito Automático: 0001792273-3

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2019 24/01/2019 22/02/2019 978.861.064-20
Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1792273-3

Canal de contato

Quer reduzir o custo da sua conta de energia? Mande-nos
uma foto da fatura da conta de energia que você está
recebendo e que o seu consumo é baixíssimo de uma só vez e não se adapte ao
tempo das fases, ou seja, por ambiente.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leritura	Data	Leritura	
------	----------	------	----------	--

28/12/18	4183	24/01/19	4354	
----------	------	----------	------	--

191.000	0.254400	163.19	163.19	27
---------	----------	--------	--------	----

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cico	Alq. Icms(R\$)	Base Cico	Preço(R\$)	Correio(R\$)			
0001	Consumo em kWh	191.000	0.254400	163.19	163.19	27	44,08	163.19	1,78	3.16	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0007	CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	6,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	JUROS DE ICMS 12/2018	0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA 12/2018	3,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	



CCI: Código de Classificação do item TOTAL 173.03 163.19 44,08 163.19 1,78 3.16
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

142

31/01/2019

R\$ 173,03

Historico de Consumo (kWh)

134 | 140 | 138 | 129 | 132 | 141 | 125 | 125 | 126 | 146 | 168 | 176
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO FISCO

4eae.ddff.38f7.af5f.82ff.83a2.3502.f17b.

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
-----------------	---------	----------------------

DIOMENSAL	2,50	1000000
TRIMESTRAL	2,50	200
DIANUAL	2,50	1000000
FIOMENSAL	1,00	CONTRATUAL
FIOTRIMESTRAL	0,71	LIMITESUPERIOR
FIOMANUAL	1,41	LIMITESUPERIOR
OMS	2,50	200
OCAI	2,50	1000000

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Dist da Energia R\$	16.76	22,42
Consumo de Energia	16.76	22,42
Consumo de Transmissão	6.03	8,26
Consumo de Distribuição	6.03	8,26
Impostos, Diversos e Encargos	65,81	9,03
Outros Benefícios	0,00	0,00
Total	173,03	100,00

VOLUME E V13, Ref: 11100000000000000000

ATENÇÃO Faturas em atraso

Leratura confirmada

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITACAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JENILSON MATILDE SOARES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2842029 SSP PB

CPF
073.543.434-47 DATA NASCIMENTO
08/03/1990

FILIAÇÃO
ADEMAR GOMES SOARES

LUCIA DE FATIMA
MATILDE SOARES

PERMISSÃO
ACC CATHAS D

Nº REGISTRO
04441008407

VALIDADE
27/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
28/08/2008

OBSEVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;



Jenilson Matilde Soares

ASSINATURA DO FORTINHO

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2014

Rodrigo Corrêa/ho

ASSINATURA DO FAMILIAR

30057519345
PB027920372

PROVISORIO PLASTIFICAR

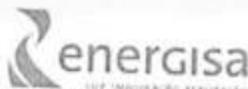
894240885

894240885

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da sua fatura de energia elétrica N° 020.422.174



energisa S.A. - ENERGIA, INovação, Sustentabilidade
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Mat. Est. 16.015.821-0

DADOS DO CLIENTE

MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS
AV ORLANDO PEREIRA DE BRITO 52 A
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1281590-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

19/02/2019

CONSUMO

146

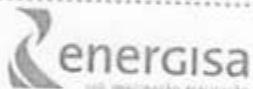
VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 128,71

Acesse: www.energisa.com.br



Detalhe aqui

MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS

Roteiro: 12-002-558-6310

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/04/2019	R\$ 128,71	1281590-2019-02-2







Unimed

Sólo Pessoal

FAC

9112251356-DR/JP
UNIMED - JP
07/01/2019

2º Correto

CIC 0112251356 (COPPE)
ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO
RUA JOAO AMORIM, 355
ED FELICIDADE
CENTRO
58013-310 JOAO PESSOA - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190265434 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO MATIAS DA SILVA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.
FRATURA DE MÚLTIPLOS OSSOS DA FACE (ZIGOMÁTICO E MAXILAS).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM IMPOSSIBILIDADE DE ELEVAÇÃO ACIMA DA ALTURA DO OMBRO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E QUEIXAS DE DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 22/9/2018, TENDO SOFRIDO FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA QUE FOI TRATADA CONSERVADAMENTE E FRATURA DOS OSSOS DA FACE QUE FOI TRATADA CIRURGICAMENTE NO DIA 28/9/2018, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURA PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM IMPOSSIBILIDADE DE ELEVAÇÃO ACIMA DA ALTURA DO OMBRO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E QUEIXAS DE DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50