

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vitima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180305142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13067558



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180305142**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/02/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

082.296.544-50

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF titular da conta

082.296.544-50

Profissão

DESEMPREGADO

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

E-mail

Telefone (DDD)

33 9860-1130

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

03 JUL 2018

NRG

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

0033

(informar dígito se existir)

52030

(informar dígito se existir)

RECEBIDO

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

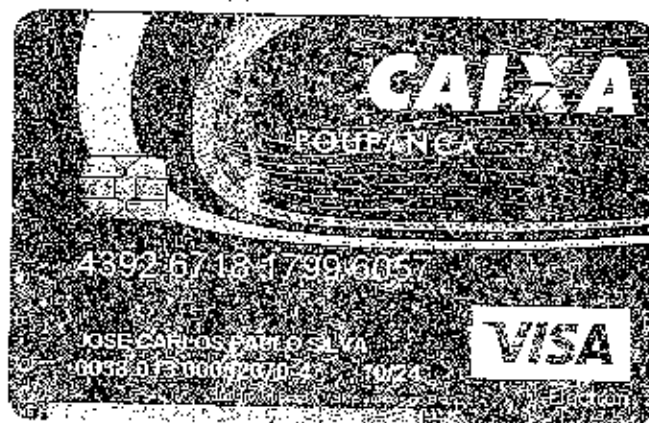
João Pessoa, 15 de Maio de 2018

Local e Data

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABEMI SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 870/2017

Aos DOZE dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, conhecido(a) por CARLOS, Identidade nº 3421121-5SS/PB, CPF nº 082.296.544-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: encanador, filho(a) de Manoel Paulo Da Silva E Mariza Gomes Da Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 29/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Velha, Zona Rural De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo a Fazenda de Cijo Motorista, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)9.8632-4755.

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:39min;
- 4) **Local do fato:** BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Uma moto HONDA/CG 150 FAN ES, PLACA MNM 5772/PB, ANO/MOD 2007/2007, COR PRATA, CHASSI 9C2KC08507R050185, RENAVAN 0091161519-9, licenciada no nome do comunicante.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO DE ASSIS SUARES DOS SANTOS, residente no Sítio Cacimba da Varzea, s/n, Zona Rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo Escolar)
HELIO RODRIGUES FERNANDES, residente no Sítio Varjota, zona rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo)

8) Breve resumo do fato:

Narra o comunicante que vinha no local, horário e data acima descrito, quando um cachorro atravessou a rodovia na frente do comunicante, e o mesmo não conseguiu desviar colidindo com o mesmo. Devido a colisão o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo algumas lesões no corpo. No momento do acidente não tinha nenhum carona com o mesmo.

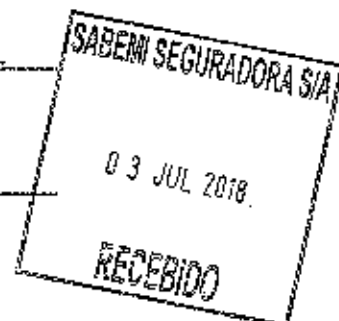
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

O referido boletim servirá para fins de DPVAT.

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

Jose Carlos Paulo da Silva
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.610-1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem reservas. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF da Vítima

032.296.544-50

Data do Acidente

23/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

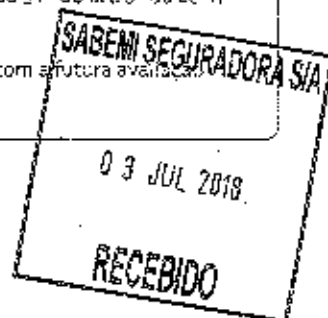
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Paulo 15 de Maio de 2018

Local e Data

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 20/03/17
Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CEL. QOBM 521.280-4
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

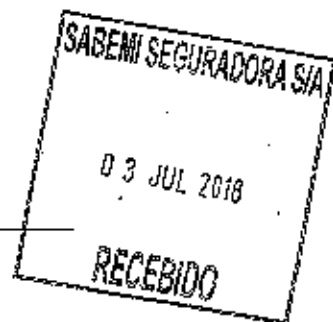
João Pessoa-PB, 16 de Março de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 089/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2017, conforme requerimento nº 089/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h39min o/a Sr(a) **JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA** CPF 082.296.544-50, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na BR 230, Ernesto Gessel, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura nº 089, tendo como chefe o **CABO BM Huglailson Everton Dornelas Chaves**, Matrícula 522.278/3, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando escoriações nos membros superiores e inferiores, suspeita de luxação na clavícula esquerda e possível fratura na patela esquerda. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Serrador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete C. João Leônico Pinheiro** - SD BM, Mat. 523.935-4, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Elizabete C. João Leônico Pinheiro
Tert. QOBM
Mat. 523.935-4
Chefe da 3ª Seção



ANTONIO VICENTE FERREIRA
RUA OLAVO ELIAS, 446 - MACULADA
SAVELMA/RS CEP: 96202-900 (A3: 1)

Emissão: 18/04/2018 Referência: Abr 2018
Código de barras: 85500054000-2 06737062018-8
Roteiro: 10-3-676-2120 Voucher: 00003327642

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Código de barras: 85500054000-2 06737062018-8
Roteiro: 10-3-676-2120 Voucher: 00003327642

Vale para o cliente se dirigir ao endereço: 00003327642
Cód. para Dir. Automação: 00003327642

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAM
Abr / 2018 18/04/2018 18/05/2018 27908313434

UC (Unidade Consumidora): 5/673706-8

Canal de contato

Declaração de Cobrança Anual de Cédulas
Conforme previsto na Lei 11.507 de 25 de julho de 2006,
informamos a quitação dos débitos referentes aos factos
relativos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora referente ao ano de 2017 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as
declarações dos fornecedores mensais dos débitos de energia
elétrica e água. Paga-se em nome de:
- Maria Sueli de Souza Estêvão - TSE fornecida pelo LE
nº 10.458, de 26 de abril de 2002.
Viu em 10 de maio de 2018. Não houve ou se aprovou. Ligue nos
determinados e em 10 de maio de 2018. Não houve ou se aprovou. Ligue nos

Anterior		Atual		Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
18/03/18	13128	18/04/18	13283	155	30
Demonstrativo					
Descrição					
001	Consumo de 20kWh-EE	30,000 0,249773	7,45	7,45	27
002	Consumo de 21 a 100 kWh-EE	75,000 0,428170	25,27	25,27	31
003	Consumo de 101 a 220 kWh-EE	25,000 0,542220	23,12	23,12	27
004	Suspeito	38,53	38,53	38,53	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	4,11	4,11	4,11	30
008	ALUGUELO DE VAGA (0,22)*	1,52	1,52	1,52	30
009	MULTA (0,22)*	1,43	1,43	1,43	30
010	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (0,22)*	0,17	0,17	0,17	30
011	SEU SEGURO FACIL - ADE (0,22)*	6,26	6,26	6,26	30
012	Despesa Suspeito	23,15	23,15	23,15	30

COD. Código de Classificação do Item TOTAL 35,50 55,11 26,76 39,77 0,66 4,19

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 25/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 85,50

Histórico de Consumo (kWh)

157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SSP PB, foi submetido a consulta médica, nesta data, no horário das 09:08 até as 09:38, sendo portador de afecção: CID - M233 + S82 + T922 + T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.

O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.
Solicito afastamento de atividades laborais.

Dr. Giordano Bruno C. L. Jordao
CRM 8773-78
CPF 020.251.932-40

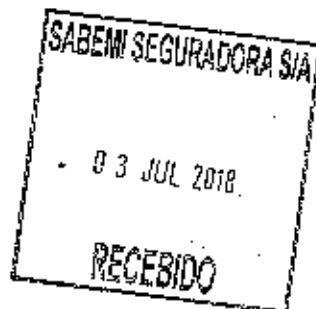
J. PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico Ortopedista - CRM - 8773

Autorização

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



GRATIA - Av. Getúlio Vargas, 125 - 4º - 3016-2029
PERNA - Av. Gen. Edson Ramalho, 479 - 2º - 3226-7555
SUL - Av. Walfrido L. de Brindão, 1011 - 3º - 3235-4348

WWW.CLINOR.COM.BR



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO

Dentro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SP / PB, foi submetido à consulta médica, nesta data, no horário das 09:00 até as 09:38, sendo portador de afecção CID - M233 +S82+T922+T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.

O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.
Solicito afastamento de atividades laborais.

Dr. Giordano Bruno C. Lima Jordão
CRM 6773
Ortopedista

J. PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico Ortopedista - CRM - 6773

Autorização

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 32 3015-2028
PESSEIRA - Av. General Edson Ramalho, 473 - 33 3226-7655
SOL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 33 3235-4348

WWW.CLINOR.COM.BR



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 JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 29/04/84
NOME DA MÃE MARISA GOMES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 983.098
Nº PRONTUÁRIO 100.587
DATA DO ATENDIMENTO 23/02/2017
HORA DO ATENDIMENTO 16:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em ombro E, punho D e joelho E, Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP, Perfil axilar e Perfil escapular
RX do punho D - AP e P
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tíbia E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico que não foi executado pois o paciente assinou termo de alta hospitalar a pedido.

ALTA HOSPITALAR: 24/02/17
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM 2518

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2518/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBALARANJA, S/N -
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		CAE 993098	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:06:22	Data Baixa
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988433649
Mãe MARISA GOMES DA SILVA			Prontuário	
Endereço Imaculada, 60		Bairro Imaculada	Município Bayeux	UF PE
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THALES FIGUEIREDO SEABRA	Nº Cons. Regional 7124/PE	
Data/Hora Classificação 23/02/2017 18:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 18:49:48		

Anamnese

IENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E PUNHO DIREITO RADIOGRAFIAS: FRATURA DO LATO TIBIAL + RADIO DISTAL DIREITO CD: DT + ANALGESIA + IMOS GESSADA + INTERNAMENTO EXPLICO PROGNOSTICO DAS LESOES E NECESSIDADE DE CIRURGIA

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 14 GOTAS POR MIN)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V. 6/6H

Diluir

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: SE INTENSA)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 3 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 15 MINUTOS ANTES DO TRAMADOL OU SE NÁUSEAS OU VÔMITOS)

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TEMOXICAN 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

CUIDADOS

1- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PROFILOXIA ANTI-TÉTICA COM VACINA DT 0,5 ML INTRAMUSCULAR)

CID10

Pro Thales F. Seabra
Cirurgião Geral
CRM: 10.124
Médico do Joelho



Cruz Vermelha
Brasileira
A nossa função é salvar vidas



PRESCRIÇÃO MÉDICA

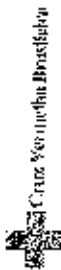
PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - 1



RE 483033

Paciente	JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA	DATA:	24.02.2017	HORA	08:00
UNIDADE:					
LEITO:					
ITEM	PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO				
1.	DIETA LIVRE				
2.	SRL 1000 ml EV em 24HS				
3.	DIPIRONA 02 ML + AD EV 6/6 HORAS				
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA				
5.	TRAVAL 100 MG + SF0.9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N				
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS				
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS				
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG				
9.	CCGG E SSVV				
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL				
20.	Evolução: ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, AGUARDA CIRURGIA. SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.				
21.					

Dr. Helder de Almeida
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PR 5003-1511



Hospital Estadual da Especialidade e Trauma
Belo Horizonte, Minas Gerais



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº		Data Prescrição	
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		29/04/1984		32		MASCULINO		963096		Leito		23/02/2017 16:32:06	
Motivo do Atendimento		Setor		Posto de Trabalho								Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA												23/02/2017 16:32:06	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

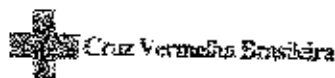
1	CECTOPROFENO 100 MG	1.0	FRAMP	E.V.	AGORA	Observação: DILUIR EM 100ML SFO 9%	16:32:06
---	---------------------	-----	-------	------	-------	---------------------------------------	----------

PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS

CRM: 9486

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM: 9486
23/02/2017 16:32:06



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

VERMELHA, SIN-
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		RAE 989996	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:05:22	Data Saída
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 985133649
Mãe MARISA GOMES DA SILVA				Prontuário
Endereço Imaculada, 68		Bairro Imaculada	Município SAYUX	UF PE
Agente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão PATRICIA MARIA BARRETO MEDEIROS	Nº Cons. Regional 9436/PE	
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:32			Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:32:05	

anamnese

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE, DA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, FUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: SEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, AR: MV + EM AHT, SEM RAABD: FLACIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CREPITACÃO À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO, CD: SOLICITO RX OMBRO E AP PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX FUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

DETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA EV, AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)

RADIOGRAFIA DE FUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra Patricia Maria Barreto
Médica

PATRICIA MARIA BARRETO MEDEIROS
(9436/PE)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

ACQUERIMENTO, sr. -- CNES: 123312 - Tel:

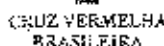
Boletim de Atendimento: 993098



Identificação do paciente			
ID 1143801	Nome JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 33 anos 6 meses 22 dias	Estado civil Prometido	Religião
Mãe MARISA GOMES DA SILVA		Pai MANOEL PAULO DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993133849	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência ERNESTO GEISEL		Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade SOLANEA		BOIR
Endereço			
CEP 58309035	Município de residência SAYEUX	UF PB	Logradouro Imaculada
Número 60	Complemento		Bairro Imaculada
Admissão			
Data e Hora 29/09/2017 18:06:22	Número da praxeira 1000005970864	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do endereço MOTO X ANIMAL	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X	TemHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Líquor []
			ECG []
			Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA			
Tempo 53seg			

Imprimir

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA



2.2. PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:		END.: Insulase N. 60 - Insulase BATEU POME: 13 CELULAR: (02) 8661226-13 IDONE: 02 QY, ENTRADA:	
PROCEDENCIA:		☐ Domicílio	☒ Ambulância de urgência	☐ Ambulância SAMU	
TIPO DE ACIDENTE:		☒ Moto	☐ Automóvel	☐ Caiu	☐ Bicicleta
		☐ Envenenamento	☐ Incêndio	☐ Explosão	☐ Arma de Fogo
				☐ Arma branca	☐ Outros:
TIPO DE LESÃO:		☐ Fratura fechada	☐ Ferimento aberto	☐ Hemorragia	☐ Laceração
		☐ Mordedura	☐ Objeto encaixado	☐ Ferimento contuso	☐ Amputação membro
				☐ Outros:	
LOCAL DA LESÃO:		☐ Membros sup.	☐ Membros inf.	☐ Tronco	☐ Cabeça e pescoço
					☐ Outros:
DADOS CLÍNICOS (sistemas)					
DE INÍCIO DOS SINTOMAS:					
VAME FÍSICO					
PA: / / mmHg		F: / min		SpO2: %	
Sistema Neurológico:					
Nível de Consciência:		☐ Desperto	☐ Incapaz	☐ Orientado	☐ Desorientado
Avaliação das pupilas:		Simetria: ☐ Isocóricas		Tamanho: ☐ Midríase	
		☐ Anisocóricas		☐ Miose	
Sistema Respiratório:		☐ Ventilação invasiva	☒ Ventilação espontânea	☐ Vias aéreas patentes	
		☐ Traqueostomia	☐ Respiração rápida	☐ Obstrução parcial das vias aéreas	
		☐ Respiração ruidosa	☐ Suporte ventilatório não invasivo	☐ Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		☐ Pulso ausente	☐ Pressão e frequência	☐ Perfução venosa satisfatória	
		☐ Taquicardia	☐ Bradicardia	☐ Perfução tissular comprometida	
		☐ Palidez	☐ Outros:		
Sistema Digestório:		☐ HDA	☐ Uso de SNG	☐ Vômitos	☐ Dor à palpação superficial
		☐ HDB		☐ Cordejo estomacal	☐ Dor à palpação profunda
		Outros:		☐ Rigidez abdominal	☐ Distensão abdominal
Sistema Genito-urinário:		☐ Disúria	☐ Hematúria	☐ Oligúria	☐ Anúria
		☐ SNG	☐ SNG	☐ Outros:	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		☐ Hipertensão	☐ Diabetes	☐ Câncer	☐ Alergias
		☐ Insuficiência	☐ Outros:	☐ Cirurgias	
USO DE MEDICAÇÃO?		☐ Sim	☐ Não	Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		☐ Sim	☐ Não		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:					
Paciente consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, febre, tosse, dor no peito, dor no abdômen, dor no membro superior esquerdo, dor no membro inferior esquerdo.					
DESTINO: CDT/Coronária		INTERFERENTE: 100% FARMACIA S. DE FARMACIA		CORRENTE:	

[illegible]

RECEIVED

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____ CPF DA VITIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANALESCO COM A VITIMA _____
 EMPREGO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLETO _____ RABRKO _____
 CIDADL _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CERTIFICADO DE INUTILIDADE DA VITIMA ORIGINÁRIO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CANCELAMENTO DE MATRIMÔNIO
 () CERTIFICADO DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APERCEGUIAR O LAUDO DO IML: PRESENTAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA DATA DE INÍCIO
 () BOLETO DE ALIENAMENTO 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 CONTEMPLAM OS DADOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE TITULO DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERIA DE INUTILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO DO CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () XEP DO REPRI SUBSTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OS REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DABEM SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, PRESENTANDO AS LETRAS MANUSCRITAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O LITAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE PARÁFISAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO FISCAL E RECIBO SIMPLES E LEGÍVELS
 () 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 CONTEMPLAM OS DADOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA 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)
 OS REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- NORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.394/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (QUINCENTOS), 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 REGISTRAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO LISTADOS NESTE FORMALÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1294

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

DATA _____

ASSINATURA _____

NOME _____

ASSINATURA E DATA DO REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305142 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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