



Número: **0840570-85.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA (AUTOR)	DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34538 139	21/09/2020 11:23	<u>2750677_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Pag. 00759/00760 - carta_01 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 17 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: 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

Pag. 00603/00604 - carta_04 - INVALIDEZ

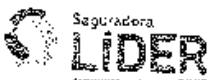


Carta nº 13104246



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111232107800000033024211>
Número do documento: 20092111232107800000033024211

Num. 34538139 - Pág. 2



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO 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 é 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
1082.286.544-50 José Carlos Paulo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
José Carlos Paulo da Silva	082.286.544-50	DE SEM PRE GARAO	
Endereço	Número	Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone (DDD) 3 9860-1130		

Declaro, sob os pressupostos da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

PAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> MAIOR QUE R\$ 10.000,00
SAPÉM SEGURODA S/A			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237); <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001); <input type="checkbox"/> ITAU (341); <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004);	BNB	03 JUL 2018	
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
0033	52030	0033	52030
(Inserir digito se existir)		(Inserir digito se existir)	

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

José Carlos Paulo da Silva
Local e Data

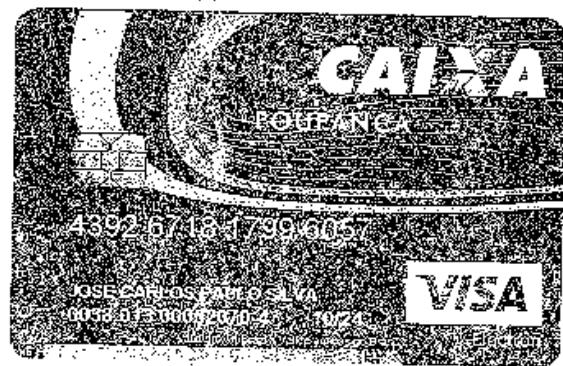
José Carlos Paulo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0001 0001/2017

Num. 34538139 - Pág. 3





SABEMI SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

RECEBIDO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111232107800000033024211>
Número do documento: 20092111232107800000033024211

Num. 34538139 - Pág. 4



GOVERNO DA PARAÍBA



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 Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, conhecido(a) por CARLOS, Identidade nº 3421121-SSS/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 Cigo Motorista, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)9.8632-4755.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia 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.

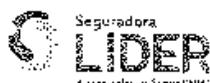
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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, escrivã(o) que digitei.

<i>JOSE CARLOS PAULO DA SILVA</i>	SABEM/SEGURADORA S/A
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA Comunicante	03 JUL 2018
Escrivã(o)/Agente Matrícula nº 168.610-1	RECEBIDO





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0237206 (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 resuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 9 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 intarditada 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: 082.296.544-50 | Data do Acidente: 23/02/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome do nomeado 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), na medida que:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende 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.

SABEMI SEGURADORA S.A.

03 JUL 2018

RECEBIDO

João Carlos Paulo da Silva

Local e Data

João Carlos Paulo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

002-7601/2017



VISTO EM: 20/03/17
Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CBL 10861-521.280-4
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 062.296.544-50, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura preta nº 42-38, tendo como chefe o CABO BM Hugolaisa, Everton Dornelas Góaves, Matrícula 522.278/0, 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 Emergências e Traumas Senator Humberto Lucena.

Para constar, eu Elizabete C. João Leônio Pinto - 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 Pinto Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.935-4
Chefe da 3ª Seção



ANTONIO VIDENTE FERREIRA
RUA OLAVO ELAC, 464 - MACULCEA
BAIXEIX - PB 56326269 (A.G.I.)
Emissão: 13/04/2019 Referência: Ano: 2018
Cessação da RESIDENCIAL - BANCA FED. DA MONCFAS C/251230, N° 25 - Centro/Pontal - Rio Grande - PB - CEP 58011-480
Resid.: 02-5 - ETE - 2123 | WhatsApp: 3330832746

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Abr / 2018	18/04/2018	18/05/2018	07000001-01

UC (Unidade Consumidora): 5673706-8

Canal descontado

Declaração de Colaboração Arquivada
Conforme a revisão na Lei nº 10.881 em 28 de junho de 2004,
informa-se quanto aos débitos referentes ao Imposto
de Renda da Pessoa Física de 2003 e demais
considerações que possam ser feitas quanto a essas arre-
tas. Esta declaração não abrange o Imposto sobre o
Patrimônio ou as contribuições sociais. As res-
postas às futuras questões mencionadas devem ser
feitas diretamente à pessoa interessada.
Anexo: Sobre o Bônus Exclusivo - "SEBEC" foi criado pelo
Decreto nº 5.281 de 28 de Junho de 2004.
Vizinhos - No artigo 1º, parágrafo 1º, Vizinhos pode significar. Ligo-me
com os vizinhos.

©2022 Cengage. All Rights Reserved. May not be copied, scanned, or duplicated, in whole or in part. Due to electronic rights, some third party content may be suppressed from the eBook and/or eChapter(s). Editorial review has determined that any suppressed content does not materially affect the overall learning experience. Cengage reserves the right to remove additional content at any time if subsequent rights restrictions require it.

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
133 **25/04/2019** **R\$ 21,50**

2018-07-20 10:00:00

Historico de Consumo (kWh)

1216.7a53 cc0n 2654 d-dia 1-22-07 10:0

REFERENCES AND NOTES

Indicadores de Qualidade		2018-2019	
	Límites da ANEEL	Aprovado	Límite de Tendão (%)
TICENSA	5,65	6,05	NON-RAC
SISTEMA TRIMESTRAL	≤ 13		200
FCMENSAL	≤ 11		200
FCMESTRUAL	≤ 12	3,00	200
EXAMAL	≤ 9,85		200
EXAO	≤ 7,50	0,00	200

Discriminación	Valor (%)	%
Entendimiento de la situación	5,75	15,42
Importancia de la situación	19,61	51,77
Entendimiento de las estrategias	2,41	6,32
Entendimiento de los criterios	5,39	13,10
Entendimiento de las estrategias y criterios	33,11	85,74
Otros servicios	5,26	13,65
Total	35,03	100,00

SABEMI SEGURADORA S/A

03 JUL 2012

RECESSION

ATENÇÃO

- REA/ISO: Caso o cliente informe que a remuneração está errada, o fornecedor não poderá ser desvinculado a partir de 05/09/2013 conforme Resolução 444-CEB. O pagamento deve estar estando sempre a preços corretos. Caso o fornecedor esteja sendo cobrado com base estruturado ou se os valores pagos estiverem incorretos, o fornecedor deve comunicar para encaminhar. Caso o fornecedor informe que a remuneração está incorreta, o fornecedor deve terceirizar ESTE PAZO VÁLOM VAFARAS AS FATTURAS. A REA/ISO não é responsável por esse fornecimento quando ocorrer a cobrança incorreta de alíquotas de imposto de ICMS, IPI, PIS, COFINS, devido devido de eventuais de multas e/ou penalidades.
- Futura sujeita a exclusão em função de giro zerado ou credito de maior que zero.
- Sua liberdade de ação é garantida como sua Reaja, tendo um descarte de R\$10,00
- Contato com o seu SEU/SCP/FACIL/SCS: 0800 704 0004
- O cliente ameaça de cancelar o contrato e a criticação do fornecedor pelos erros cometidos

Faturas em atraso:
Mar/18 - 63,23
Fev/18 - 86,45

PARA SÁ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211123210780000033024211>
Número do documento: 2009211123210780000033024211

Num. 34538130 Pág. 8



LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SSP PB foi submetido à consulta médica, nesta data, no horário das 09:06 até as 09:38, sendo portador de afeção: 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.

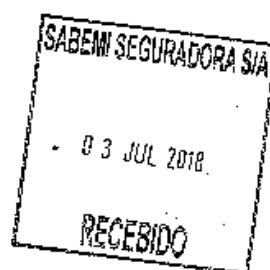
J.PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Medico 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



CEZARINA - Av. Getúlio Vargas, 125 - esq. 3016 2029
PRIMA - Av. General Edson Ramalho, 473 - esq. 3226 7555
SUL - Av. Walfredo Góes Brandão, 1011 - esq. 3235 4349

WWW.CLENOR.COM.BR





ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 8421121 - SF/PB foi submetido à consulta médica, nesta data, no horário das 09:00 até as 09:38, sendo portador de classificação 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. Jordão
CRM 6773
CREF 00001.544-40

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



CRNTEDU - Av. Getúlio Vargas, 126 - blz 3015 2029
PRIMA - Av. General Edson Ramalho, 473 - blz 3226 7655
SOL - Av. Walfrido Macêdo Brandão, 1011 - blz 3225 4346

www.clinor.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111232107800000033024211>
Número do documento: 20092111232107800000033024211

Num. 34538139 - Pág. 10

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	JOSE 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	28/02/2017
HORA DO ATENDIMENTO	16:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10	S 82.1

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

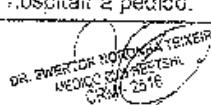
RX do punho D - AP e P

RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremitade 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: 18/03/17



Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2518/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

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

Paciente	JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	SAE	Data/Hora Entrada	23/02/2017 16:06:22	Data Baixa
Data de nascimento	29/04/1984	Idade	32	CNS	Telefone ou Contato (83) 9861-33649
Mês	MARISA GOMES DA SILVA	Sexo	Masculino		Prontuario
Endereço	Imaculada, 80	Bairro	Braculândia	Município	UF PB
Acidente	MOTO X ANIMAL	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	Nº Cons. Regional 7124/PB
Data/Fora Classificação	23/02/2017 16:06:22			Data/Hora Prescrição	23/02/2017 18:49:48

Avaliações

CLIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E PUNHO DIREITO RADIOGRAFIAS: FRATURA DO LATO TIBIAL + RADIO DISTAL DIREITO CD: D1+ ANALGESIA + IMOS GESSADA + INTERNAMENTO EXPLICO PROGNOSTICO DAS LESOES E NECESSIDADE DE CIRURGIA

DIETA	
DIETA, VIA ORAL	
MEDICAÇÃO	
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML/12 H.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 14 GOTAS POR MIN)	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V. 6/6H	
Diluir	
TIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA	
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 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	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 2 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 15 MINUTOS ANTES DO TRAMADOL OU SE NAUSEAS OU VOMITOS)	
Diluir	
BROMOCPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)	
Diluir	
TEHOCICAN 20MG INJETÁVEL(FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP	
CUIDADOS	
I-ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PROFILAXIA ANTI-TESTICULAR COM VACINA DT 0,5 ML INTRAMUSCULAR)	

D10

23/02/2017
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senator Humberto Lucena



Cruz Vermelha
Brasileira

A nossa função é salvar vidas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - I

REF. 9483093

DATA: HORA

Paciente	JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA		
UNIDADE:		24.02.2017	08:00
LEITO:			
ITEM	PRESCRIÇÃO - FARMACOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA LIVRE		
2.	SRL 1000 ml EV em 24HS		
3.	DIPIRONA 02 ML + AC EV 6/6 HORAS	46	22 04 40
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA		16
5.	TRAMAL 100 MG + SF0.9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N		5 N
6.	NAUSEDRON 6MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS		5 N
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS		06
8.	CAPTOPRIL 25MG SI SE PAD >= 110MMHG		5 N
9.	CCGG E SSVV		
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL		
20.	Evolução: ESTÁVEL, SEM QUEDAS NO MOMENTO, AGUARDA CIRURGIA. SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.		
21.			

200921112310780000033024211
pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200921112310780000033024211
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200921112310780000033024211
Número do documento: 200921112310780000033024211



Brasil Estadual da Bahia
Símbolo Humano Licença



RUA QRESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONÇALIM - JOÃO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		29/04/1984	32	MASCULINO	983096
Motivo do Atendimento	Sector		Posto de Trabalho	Leito	Data Prescrição
ACIDENTE DE MOTOCICLISTA					23/02/2017 16:32:06

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Medicamento	Dose	Período	Observação	Diluir em	Validade
1 CLOPROTENO 100 MG	1.0 FRAMP	E.V.	AGORA	500,9%	16/02/2017

PATRÍCIA MARIA BARRETO MEDEIROS
CRM: 9466

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual da Enfermagem Lutzen

GOVERNO
DA PARAÍBA

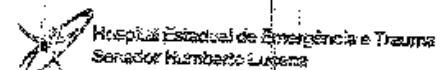
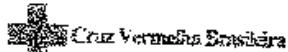
Flua Orteses e Isboas SIN - PEDRO CONURU - JOÃO PESSOA - PB

983078 P

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Nome		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Leito
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		29/04/1984	32	MASCULINO	993098
Motivo do Aferimento				Ponto de Trabalho	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS					
1	DIETA	0.0	0.0	0.0	0.0
2	DIPRORINA 500MG/50ML	1.0	1.0	0.0	0.0
3	ÁGUA DESTILADA	1.0	1.0	0.0	0.0
4	FRECOMPRIDA 10MG	2.0	ML	0.0	0.0
5	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10.0	ML	0.0	0.0
6	Observação:	15 minutos antes do fármaco ou se houverem não fumantes.			
7	Orientações para Enfermagem	Observar hipersensibilidade com vacina de 0,5 ml intramuscular			
Dr. Telles P. Soárez, Pediatria Assinatura e Cartório do Profissional 23 de Fevereiro de 2017					

WALÉS FIGUEIREDO SEABRA
CRM: 7724





VERMELHA, SIN-
CNES: 6121221 - Tel:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	BAE 063090	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:06:22	Data Saida
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 985133649
Mae MARISA GOMES DA SILVA			Prontuário
Endereço Av. Beira Mar, 60	Bairro Brazlândia	Município BAYUX	UF PE
Acidente MOTO X ANIMAL	MOTOCICLETA	Profissão PATRICIA MARIA BARRETO MEDEIROS	Nº Cons. Regional 9496/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:32:06	

Amitese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, REFERE USO DE CAPACETE, NEGA TOCADA DA CONSCIENCIA, VOMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, FUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS INDOLAS À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CRESPIÇÃO 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

DETROFENFO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V. AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF 0,9%)
DIPRIVONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V. 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 + OBLICUA) (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

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

Cuidado

Código	Descrição
114-9	Traumatismo não especificado

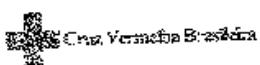
Conduta

Em observação

Dra Patrícia Moraes Barreto
Med.
CR - 9496
PAT. MARIA MARIA BARRETO MEDEIROS
(9496/PB)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





Hospital Senador de Britto
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

ACO-HOSPITAL, sr -- CNES: 103312 - Tel:

Billetim de Atendimento: 993098



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo		
1143801	JOSE CARLOS VULIO DA SILVA	Masculino		
Data de nascimento	Idade	Estado Civil	Religião	Promotor
29/04/1984	32 anos 6 meses 22 dias			
Mãe				
MARYSA GOMES DA SILVA				
Educacional				
DDD Móvel	Fone Móvel		DDD Fijo	Fone Fijo
83	988133649			
Nº documento	Número documento		Nº Cne	
Local de procedência			Tipo	UF
ERNESTO GEISE-			BAIRRO	PB
Email	Naturalidade			
	ISOLANEA			

Endereço

CEP	Município de res. / Endia	UF	Lagoinha
58309038	S. JEUX	PB	Imaculada
Número	Complemento		
60			

Admissão

Data e Hora	Número da placa	Cod. do SUS
23/02/2021 18:06:22	1000005970864	

Especialidade	Clinica	Origem do paciente
CIRURGIA GERAL		RESIDENCIA

Classificação da lesão	Detailed do acidente
	MOTO X ANIMAL

Caráter da atendente	Motivo do atendimento	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Víct de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Méio de transporte		Quem transportou	
RESCGATAS - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	P脉	Perfusão

Exames complementares

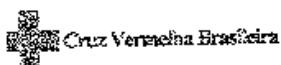
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CD

Atendido por	13mgs
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA	15369

Impresso	
----------	--





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Bemidji Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -
CNPJ: 6121221-8 TEL:

Cliente OSE CARLOS PAULO DA SILVA	BAE 983096	Data/Hora Entrada 23/02/2017 18:06:22	Data Saída
Data de nascimento 19/4/1984	Idade 32	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986133649
AES MARISA GOMES DA SILVA			Prontuário
Endereço Imaculada, 60	Bairro Imaculada	Município BAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIA MARIA BARRETO MEDEIROS	Nº Cons. Regional 9468/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2017 18:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 18:33:06	

Response

paciente vítima de acidente com motocicleta, conduzido pelo corpo de bombeiros. Refere uso de capacete. Nega TCE. Perda da consciência, vômitos. Queda-se de dor em ombro esquerdo, punho direito e joelho esquerdo nega outras quedas. Nega alergia ao exame: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNEICO, HORMOCORADO, AR: MV + EM AHT, SEM RAASD: FLÁCIDO, INDOLORE À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CRIPTAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO, ODI: SOLICITO RX OMBRO E AP, PERFIL AXIAL E PERFIL ESCAPULAR; RX PUNHO D AP E PI, JOE, HO ESQUERDO AP E PI, SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA.

MENSAJES

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA EV, AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICACOES CLINICAS: AZ, PERfil AXILAR E PERfil ESCAPULAR)
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIGUA), (INDICACOES CLINICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICACOES CLINICAS: TRAUMA)

6030

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

கணக்கு

REFERENCES

Dra. Patricia M. Barrado

NO. 0-9434
PATRICIA WEST BARRETO MENEIROS
(6426/PBM)

www.english-test.net





**CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NAME DO PACIENTE:		DATA:	END.: Ipiranga N. 60 - Imovelado BATEUZ PONTE: 10 CEP: 26610-3640 TELEFONE: 32 AT. ENTRADA:
PROCEPÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU		
TIPO DE ACIDENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Envolvimento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros		
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Empuxamento <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encaixado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Arquejamento <input type="checkbox"/> Outros		
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros		
DADOS CLÍNICOS (sistema)			
DE INÍCIO DOS SINTOMAS:	/ /		
EXAME FÍSICO			
Sistema Neurológico:	PA: _____ mmHg	P脉: _____	SPO2: _____ Tcm: _____
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado		
Análise das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocínicas <input type="checkbox"/> Anisocínicas <input type="checkbox"/> Outras	Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miose	
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação expiratória <input type="checkbox"/> Vias aéreas próximas <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rágida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Sopro da ventilação controlada invasiva <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas		
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pausa súbita <input type="checkbox"/> Perda de pulso e fraca <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusão periférica satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Faldez <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Perfusão periférica comprometida		
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Dor e ruído estomônico <input type="checkbox"/> Dor e ruído profundo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Rápido abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> SUD <input type="checkbox"/> Outros		
HÉRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Inflamações <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias		
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:		
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
EMENIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:			
<p>paciente consciente, orientado, eupneico, alerta, tachicardico, traqueal. Vias de acesso de bombeiro. Último acidente de moto. Pode dor em membros superiores, punho direito e joelho esquerdo.</p>			
CDT/ Ipanema		INFERMERA:	2022-01-01 10:00:00
			CORON:
			8

Ponto consciente, orientado, responde, agilidade, raciocínio, horário. Vals (esposa de Bombeiro) último de acidente de moto. Pode dar em tempos esquemas, ponto direito e falso responde

California

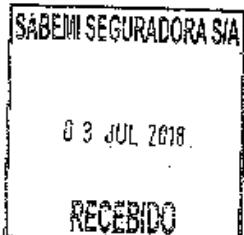
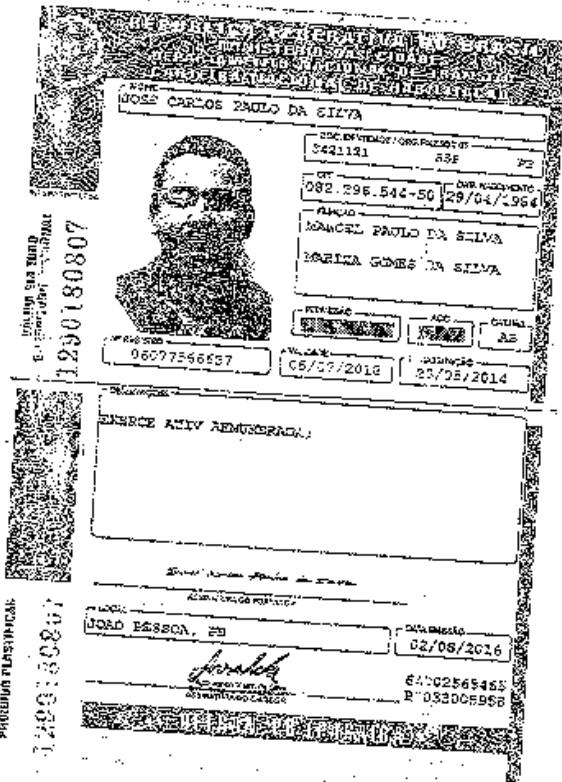
Page 10

Digitized by Srujanika Forum

502EN

— 2 —





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:23:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111232107800000033024211>
Número do documento: 20092111232107800000033024211

Num. 34538139 - Pág. 20





Seguradora Ídler - DPVAT

SEGURADO PVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ (NP. DA VÍTIMA) _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LÉGAL, CUIJO INRANESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ ENDERECO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
F-MAIL _____ TELFFONE (...) _____

MARQUE X NA PÁGINA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE
TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MUNICÍPIO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOBRE HOMENS EM DECORAÇÃO DE ACIDENTE E O
MOVIMENTO DE TRABALHO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSOS (ORIGINAIS E LEGÍVENS) DE FARMACIA, ACCOMPANHAMENTO RECEITAS MÉDICAS E QUÍMICA

INSTRUMENTOS (ORIGINAIS E LEGÍVENS) DE FARMACIA, ACCOMPANHAMENTO RECEITAS MÉDICAS E QUÍMICA

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CIU AUGUSTO DE RESIDÊNCIA

COMPROMISSO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM TITULARES QUE
DECRETAM OS DADOS: HABITACOES, TAIS COMO: QTA DE FOLHA DE CHQUE OU CARTÃO DE CREDITO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM TITULARES QUE
DECRETAM OS DADOS: HABITACOES, TAIS COMO: QTA DE FOLHA DE CHQUE OU CARTÃO DE CREDITO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) QUE CONFIRMA A EXISTÊNCIA

INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA INÍCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (TRABALHO, DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CERTIDÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM
OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como: CÓPIA DE FILA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
DE RESIDÊNCIA OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM
OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como: CÓPIA DE FILA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DECLARAÇÃO DO REPRESENTANTE (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DA RESENTE (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DA RESENTE (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DA RESENTE (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA
DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MUNICÍPIO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOBRE HOMENS EM DECORAÇÃO DE ACIDENTE E O
MOVIMENTO DE TRABALHO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSOS (ORIGINAIS E LEGÍVENS) DE FARMACIA, ACCOMPANHAMENTO RECEITAS MÉDICAS E QUÍMICA

INSTRUMENTOS (ORIGINAIS E LEGÍVENS) DE FARMACIA, ACCOMPANHAMENTO RECEITAS MÉDICAS E QUÍMICA

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CIU AUGUSTO DE RESIDÊNCIA

COMPROMISSO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM TITULARES QUE
DECRETAM OS DADOS: HABITACOES, TAIS COMO: QTA DE FOLHA DE CHQUE OU CARTÃO DE CREDITO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM TITULARES QUE
DECRETAM OS DADOS: HABITACOES, TAIS COMO: QTA DE FOLHA DE CHQUE OU CARTÃO DE CREDITO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) QUE CONFIRMA A EXISTÊNCIA

INVALIDEZ PERMANENTE, ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
DAS LESÕES E É ADÓRIO COM TABELA DE SEGURO PREVISÃO REAL 6.194/74,
DESPESAS MÉDICAS (QDMS) = R\$ 2.700,00 (PREVISÃO), ESTE VALOR
VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTRAÍdos A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COM BASE NA REGISTRAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO
LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE
GRATUITAMENTE PARA O NÚMERO 021-21244

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ / RESPONSÁVEL PELO RECENTEMENTE NA SEGURADORA
DATA _____ / NOME _____

DIA _____ / DATA _____ / NOME _____

HORA _____ / NOME _____

Assinatura _____ / PESSOA _____ FAZENDO _____

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 EVIDENCIAM 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

