GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
Rua Benício Fernandes, 98, Distrito de São José da Mata – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrencia

Versando sobre ACIDENTE DE VEÍCULO

Hora e data do fato: Às 05:30, do dia 19 de maio de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:37, do dia 17 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: SÍTIO MONTE ALEGRE, DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA

COMUNICANTE: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA, do sexo masculino, nascido no dia 08/12/1997, com 21 anos de idade, ID: 4.132.032 SSDS/PB, CPF: 708.627.664-27, DESEMPREGADO, filho de BENONIS CAMILO DE OLIVEIRA e de ROSIMERI COUTINHO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na SÍTIO MONTE ALEGRE, PRÓX. AO BAR DE OTÁVIO, bairro SÃO JOSE DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 99333-2654

RECEBIDO
25 JUL 2019
Seguradora Lider DPVAT

TESTEMUNHAS: A APRESENTAR POSTERIORMENTE.

HISTÓRICO: QUE no dia 19/05/2019, por volta das 05h30m, quando estava no carona da motocicleta HONDA CG 125 TODAY, COR PRETA, ANO 1991, PLACA MZH 2543/RN, CHASSI 9C2JC1801MR564922,registrada em nome de EDIMAR ARAUJO DE MENDONÇA, pilotada por FABIANO DE SOUSA ARAUJO, brasileiro, solteiro, com 21 anos de idade, natural de Campina Grande, filho de JOSÉ UILSON ARAUJO e de MARIA DE SOUSA ARAUJO, CPF 707.107.264-73, residente no Sítio Monte Alegre, próximo a Cervejaria de Carlinhos, quando em uma estrada carroçavel, o motorista perdeu o controle da direção do veículo, vindo esse a cair, cuja motocicleta tombou por cima da vítima; QUE em consequência, BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA sofreu uma forte pancada no pé esquerdo, sendo em seguida socorrido por uma equipe do SAMU para o Hospital de Trauma desta cidade, sendo submetido a uma cirurgia quando lhe foi amputados 3 dedos; QUE foi liberado pelo médico no dia seguinte após a cirurgia; QUE registra a presente ocorrência no sentido de obter a indenização do seguro; QUE não deseja representar criminalmente contra o motorista da motocicleta acima qualificado.

AUTORIDADE JOSÉ DAMIÃO MARÇAL DA SILVA

Bruno Camilo de Oliveira

COMUNICANTE BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

ESCRIVÃ ROBERTA RODRIGUES

Documento não enviado

OTAVIO GOMES DE MENDONCA
SIT-MONTE ALEGRE, S/N - AREA RURAL
SAO JOSE DA MATA / PB CEP. 58113000 (AG. 401)

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subcls: COMERCIAL / OUTROS SERV [illegible] Trisanta - Campina Grande / PB - CEP 58428-700
Roteiro: 6 - 405 - 524 - 3470 Referencia: Mai / 2017 CNPJ 09.026.596/0001-85 Insc.Est. 16.003.839-1
Nº medidor: 0000930401 Emissão: 15/05/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.091.524
Código para Débito Automático: 000012940054

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	UC (Unidade Consumidora)	Canal de contato
Mai / 2017	4/185405-4	

Apresentação
15/05/2017

Data prevista da próxima leitura
13/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI
39230786-71
Insc. Est.:

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/04/17	2571	15/05/17	2575	1	4	33

Faturas em atraso

20/04/2017	19,05

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço*	Valor(R$)
Consumo em kWh	4	0,39167	1,57
Adic.B. Vermelha			0,12
ICMS			0,38
PIS			0,02
COFINS			0,10
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 03/2017			0,09
CREDITO A COMPENSAR (-) 05/2017			-2,23

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	6
Mar/17	0
Fev/17	8
Jan/17	27
Dez/16	30
Nov/16	28
Out/16	29
Set/16	26
Ago/16	27
Jul/16	28
Jun/16	27
Mai/16	29

Média dos últimos meses
22

Comprovante de residencia

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R$
ICMS	2,14	18,00	0,38
PIS	2,14	1,0278	0,02
COFINS	2,14	4,7332	0,10

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/05/2017	R$ 0,00

DIGITO VERIFICADOR
0152.7a88.de96.7104.a46d.b03e.8f83.368d.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Bra Vez

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	10,58	2,90
DIC TRIMESTRAL	21,17	
DIC ANUAL	42,34	
FIC MENSAL	7,67	1,00
FIC TRIMESTRAL	15,34	
FIC ANUAL	30,69	
DMIC	5,63	2,80
DICRI	16,50	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BD	0,55	24,65
Compra de Energia	0,84	37,67
Serviço de Transmissão	0,03	1,35
Encargos Setoriais	0,22	9,87
Impostos Diretos e Encargos	0,59	26,45
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	2,23	100,00

Valor do EUSD (Ref.3/2017) R$6,40

ATENÇÃO

1 - AVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/05/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento caso o mesmo não seja comunicado pelas contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

energisa BORBOREMA
Roteiro: 6 - 405 - 524 - 3470
Matrícula: 185405-2017-05-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/05/2017	R$ 0,00

FATURA COM VALOR ZERO. NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R$ 2,23 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

Onde pagar sua conta

Débito Automático - Banco do Brasil / Bancoob (Sicoob) / Bradesco / Sicredi / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Banco Inter

Agentes Credenciados - Banco do Brasil (Correspondentes Bradesco - PagFácil - Banco Postal) / Bradesco (Correspondentes Bradesco) / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa aqui) / Sicredi / Tribanco

Autoatendimento e internet - Banco do Brasil / Bradesco / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Sicredi / Banco Inter

Energia facilita para você!

A sua conta de energia mudou.
Agora, ela é boleto bancário.
Assim é melhor para você, que pode pagar o boleto em qualquer banco, casas lotéricas e internet.

Além de ser mais fácil e prático, o boleto bancário oferece mais segurança e tem uma rede ampla de recebimento.

energisa

Glossário

Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento dos geradores que vendem energia elétrica para a concessionária.
Serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.
Serviço de Transmissão: parcela destinada ao pagamento do transporte de energia das usinas até as subestações.
Encargos Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações compulsórias do setor elétrico estabelecidas por lei, arrecadada pela Energisa e transferida para a Eletrobrás.
Impostos Diretos e Encargos: parcela destinada ao pagamento dos impostos estaduais (ICMS) e federais (PIS/PASEP e COFINS).
DIC: número de horas que o cliente ficou sem energia.
FIC: número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: Duração, em horas, da maior interrupção de energia no período.
DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.
Custo de disponibilidade: valor mínimo faturável, estabelecido pela ANEEL, para as unidades consumidoras atendidas em baixa tensão.
TUSD: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal de usuários do sistema de distribuição de energia elétrica pelo uso do sistema.
TE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal referente ao consumo de energia.
EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA só estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 HORAS após a data de apresentação informada no anverso.

Fique Atento

[illegible] nossas agências ou [illegible] conta em nome [illegible] energia elétrica, CPF ou CNPJ.
- Facilite o acesso do leiturista ao medidor e assim evite que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos [illegible] meses.
- [illegible] sobre condições [illegible] serviços, produtos, serviço prestados [illegible] disponíveis [illegible] atendimento ou em nosso site www.energisa.com.br
- Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação [illegible] e direito do consumidor [illegible] apuração dos indicadores de qualidade.
- Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
- Os dados impressos tem vida útil de até cinco anos desde que se evite o contato direto com plásticos, solventes ou produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva, [illegible] eliminação de lâmpadas fluorescentes.
- Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SCPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes, devendo arcar com [illegible] do mesmo.
- Seu CPF foi protestado [illegible] www.cenprotesto.com.br

Atendimento Energisa 0800 023 0196 (24h)
Atendimento Energisa para deficiente auditivo ou de fala 0800 086 1234
Ouvidoria Energisa 0800 083 8484 (horário comercial) - necessário ter o número do protocolo de atendimento
ARSP (Agência de Regulação do Estado da Paraíba) - 0800 777 0157 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) - 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

Aproveite muito [illegible] seu [illegible]

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático: é mais cômodo e seguro.
Procure o seu banco ou acesse a internet.

Destaque aqui

Fale com a Energisa [illegible] redes sociais
[illegible] mais agilidade
facebook.com/energisa
@energisa

Autenticação mecânica

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/05/2019
Horas: 09:06:05
Médico (a) Diarista : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1900360 **Paciente: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA** Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSIMERI COUTINHO Data de Nascimento: 08/12/1997 Admissão: 19/05/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria:7 Leito: 2 Diagnóstico: AMPUTACAO TRAUMATICA DAS FALANGES DISTAIS DO PE ESQUERDO

DIA 19/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML E.V. 1FRASCO . 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:19/05/2019 HORA:09:05:13

AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DAS FALANGES DISTAIS DO PE ESQUERDO
ENCAMINHO AO CENTRO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO
Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

20 5 19

Alta da ortopedia

Documentacao medico - hospitalar

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Bruna Pamela de Oliveira Idade: 21 a
Convênio: SUS Data: 19/02/19
Procedimento: 1 IM c Regularização de Cate

Cirurgião: Dr. J. [illegible] Auxiliar: Anestesista: Dr. Thiago

Inicio: 10:00 Término: 10:40 Anestesia Raque

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
10:45	110X70	81	93%	Andréa + Alex	—	Sonolenta
11:30	113X82	64 bpm	98%	Alex	—	Sonolenta

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Dexametasona = 01 Amp 2 Drogas	Anexado Mapa IV

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Bruno Camilo de Oliveira - DN: 08/12/1997

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 03	SUS	21 A	1900336

CIRURGIA: LMC + Regularização do coto
CIRURGIÃO: Dr. Cullêncio
ANESTESIA: Raqui
ANESTESIA: Dra Tamara
INSTRUMENTADORA:
DATA: 19/05/19
INÍCIO: 10:00
FIM: 10:40

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	01	Bolsa Co'ostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp		Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp	20 VDN	Catet. De Urinar Sist. Fech		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp. 0,2mg		Compressa Grande		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Penrose nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Mercaina Rusa cita		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp		Equipo de Macrogotas		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Prolignine amp.	05	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Furacim ml		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Mononylon 20	
	Thionembutal ml		H O ml		Mononylon	
	Tracrium amp		Intracath Adulto		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Vicryl Sertix	
02	Flaxicol amp Nausedron		Luvas 7 0		Vicryl Sertix	
	Flebocortic amp.		Luvas 7 5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp		Luvas 8.0			
	Gicose amp.	3 l/m	Luvas 8 5			
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m			
	Haemacel ml.		Polifix			
	Heparema ml.		PVPI Degemanie ml			
	Kanakion amp.	05	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
01	Lasix amp.	04	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.	02	Saco coletor P/ Lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Stuptanon amp.		Sonda	06	SF P/ limpeza	
02	Cefalotina 1g Cefozolina		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
			Sonda Nasogástica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 26 x 28		Latex			
	Agulha desc. 5 x 4,5	05	Eletrodos			
02	Agulha p/ raque nº 25 G	01	Fixomsofix			
05	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 20 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Ivanilda Ferreira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 227764

MOD 066

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 19/05/2019
NOME : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 60834 DATA DA CIRURGIA: 19/05/2019

Número do Atendimento: 1900360 Clin: AMARELA / Enf: 1 / Leit: 7

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 19/05/2019

Atendimento:1900360

Diagnostico Pré-Operatório:AMPUTAÇÃ

Diagnostico Pós-Operatório:0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

Cirurgia:LMC+ REGULARIZACAO DE COTO **Data da Cirurgia:19/05/2019**

Equipe:
Cirurgião:DR LUIZ JUVENCIO
Aux 1:DR BRENO TORRES
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:
Anestesista:ELIZANDRA DE LIMA NUNES
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:1- ASSEPSIA+ ANTISSEPSIA
2- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3- LMC DE FERIMENTO EM PE ESQUERDO
4- REGULARIZAÇÃO DE COTO DAS FALANGES DISTAIS DO 3, 4 E 5° DEDOS DO PE ESQUERDO
5- CURATIVO

Data 19/05/2019

Assinatura/Carimbo
Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

do paciente ou responsável(quando necessário)

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/05/2019
Data: 19/05/2019
Paciente: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA Idade: 021 Nº ATEND: 1900336

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 19/05/2019 HORA : 08:06:27

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : AGRESSAO FISICA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO :

SINAIS VITAIS
HGT: 109 SAT 02: PA: 120*80 TEMP: FC: FR: PESO:

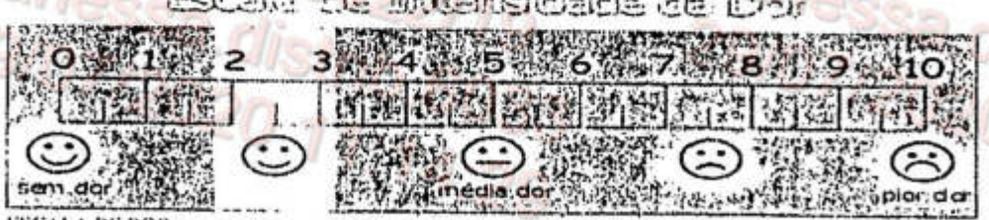
DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ( )SIM (X)NÃO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO
( ) DESORIENTADO (X) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
( ) PRURIDO ( ) DISPNÉIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO COREN
Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287537

Data da internação: 19/05/2019 Hora: 08:58:55

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1900360
7 - CARTÃO DO SUS: 708006004115621
8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/12/1997
9 - SEXO: Masc [X] 1 Fem [ ] 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ROSIMERI COUTINHO
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 93764151
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SITIO MONTE ALEGRE , 0 , SAO JOSE DA MATA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente chegou hoje com complexo trauma das falanges distais do pé D. após acidente de moto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Sangramento Ativo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx + Cx pé D

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Amputação traumática
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: 02
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296677001
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: LUIZ JUVENCIO MEDEIROS
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

CARTÃO DE RETORNO

DN: 08.12.97

PACIENTE: Bruno Camilo

DATA DO ATENDIMENTO: 10 / 5 / 19

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

DIAGNÓSTICO: Amputação PDS 88 (E)

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Juvenio

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Bruno Coutinho

foi atendido (às) hoje, às ( ) horas, necessitando de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S98.2

Campina Grande, 13/06/18

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Bruno C. de Oliveira

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S98 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 19 / 5 / 19 A 20 / 5 / 19 NECESSITANDO DE 60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 20 / 05 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o Dr., _____ a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Bruno Coutinho Filho

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S98.2

Campina Grande, 13/06/19

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004

PACIENTE: BRUNO CAMILO OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 19.05.2019
RADIOGRAFIA DE PÉ

- Amputação das falanges distais e parte das falanges médias dos pododáctilos.
- Demais partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura CRM/PB: 6481 | Dra. Miriam Albino CRM/PB 6435 | Dra. Marcella Farias CRM/PB 6550 | Dr. Rafael Borges CRM/PB: 6485 | Dr. Ramonié Miranda CRM/PB: 8220 | Dr Péricles A Cost CRM/PB: 8620

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelã: Maria de Fátima Leitão Cavalcanti
Praça da Bandeira, 105, Centro - C.Grande - PB
2cartorinhotarice@gmail.com
(83) 3321-8895 - 3096-8895

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425-III do CPC)
Campina Grande-PB 22/07/2019
Confira em https://selodigital.tjpb.jus.br
Selo Digital: AIU08185-QYJG
Emol R$2,48 ISS R$0,12 Farpen R$0,29
Fepj R$0,46 MP R$0,04

Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234

Bruno camilo de oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.132.032

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/05/2014

NOME
BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
BENONIS CAMILO DE OLIVEIRA
ROSIMERI COUTINHO

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO
08/12/1997

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº19.431 - LIV.A-16 - FLS.287V - CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF
708.627.664-27
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de identificacao

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getulio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

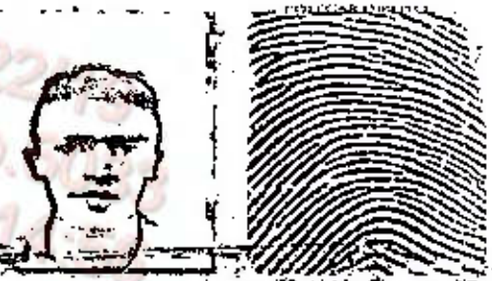
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 160.43258.46-4

NÚMERO: 8016013 SÉRIE: 0050 UF: PB

Bruno Camilo de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR



IDENTIDADE

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

251.17.801.60.13-50-00

FILIAÇÃO.....: ROSIMERI COUTINHO
BENONIS CAMILO DE OLIVEIRA
NASCIMENTO....: 08/12/1997
ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB
DOCUMENTO.....: R.G. - 4 132.032 - 08/05/2014 - SSDS - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 708.627.664-27 CNH....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SINE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE
DATA DE EMISSÃO...: 01/09/2017

MEVERINO PEREIRA DAMIÃO
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego PB
ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____
DATA DE NASC. DE ___/___/___ PARA ___/___/___
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

NOME _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

NOME _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

NOME _____
DOCUMENTO _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DADOS BIOMÉTRICOS
B - SEPARAÇÃO JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA NO ESTATUTO

03

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211138/20

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/05/2019

CPF: 708.627.664-27 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA : 708.627.664-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/07/2020	Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA	Nome: Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino
CPF: 708.627.664-27	CPF: 470.478.128-30
BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA	Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200268928 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 3°, 4° E 5° DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 3°, 4° E 5° DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DO 3°, 4° E 5° DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	30%	R$ 4.050,00
		Total	**30 %**	**R$ 4.050,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200268928 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL E PARTE DA FALANGE MÉDIA DO 3°, 4° E 5° PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL E PARTE DA FALANGE MÉDIA DO 3º, 4º E 5º DEDO O PÉ ESQUERDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 3°, 4° E 5° DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 3°, 4° E 5° DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R$ 3.037,50
		Total	**22,5 %**	**R$ 3.037,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211138/20

Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/05/2019

CPF: 708.627.664-27 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA : 708.627.664-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/07/2020	Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA	Nome: Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino
CPF: 708.627.664-27	CPF: 470.478.128-30
BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA	Rodrigo Alexandre da Cruz Faustino

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, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200268928 **Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 19/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 08 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200268928 **Vítima: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 19/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA

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 PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, 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

Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 708.627.664-27

Nome completo da vítima: Bruno Camilo de Oliveira

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

Nome completo: Bruno Camilo de Oliveira

CPF: 708.627.664-27

Profissão: Agricultor

Endereço: Sítio Monte Alegre

Número: S/N

Complemento:

Bairro: Distrito São José do Motal

Cidade: Campina Grande

Estado: PB

CEP: 58441000

E-mail: vaninhaloutinho29@gmail.com

Tel.(DDD): 83-99333 2654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

[ ] RECUSO INFORMAR [ ] ATÉ R$1.000,00 [ ] R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 [ ] R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

[X] 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

[X] CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

[ ] Bradesco (237) [ ] Itaú (341)

[ ] Banco do Brasil (001) [X] Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 [ ] (Informar o dígito se existir) CONTA: 0556401 [3] (Informar o dígito se existir)

[ ] CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: [ ] (Informar o dígito se existir) 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.

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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande 22/07/14

Nome: Bruno Camilo de Oliveira

CPF: 708 627 664 - 27

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bruno Camilo de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

FPS.001 V001/2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE DEPOSITO

16/07/2019 HORA: 15:52:06
DATA EFETIVACAO: 16/07
CONVENIO: 000491179
OPERADOR: luciene

AGENCIA: 0041
CONTA: 013.00556401-3
NOME: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
VALOR: 5,00
COD.OPERACAO: 717691830

2019-07-16-15.52.06.0649
17DISQUE CAIXA - 0800 72
6 0101 OUVI
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OSCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AC
S.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

Senha [redacted]

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

16/07/2019
CONVENIO: 000491179
OPERADOR: luciene

CONTA: 0041.013.00556401-3
NOME: BRUNO CAMILO DE OLIVEIRA
CPF: 70862766427

COD.OPERACAO: 197104730
OPERAÇÃO REALIZADA COM SUCESSO

==========

==========

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br