

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190493534 Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
--	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 0,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000021474-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000021474-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

055 980 724 40 claudesci Vicente da Silva

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

5 - Nome completo: claudesci Vicente da Silva 6 - CPF: 055 980 724 40
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua São Francisco 9 - Número: 394 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: do das Xeneas 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: P.R. 14 - CEP: 58780 000
15 - E-mail: neto.assessoria@hotmail.com 83 984616835 16 - Tel. (DDD): 9994515 20 74

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 244 44 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
☐ 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: José da Silva Júnior

144 048 624-12 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

X José da Silva Júnior 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: Antônio Pedro da Silva CPF: 705 429 524-57

X Antônio Pedro da Silva Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Juan Vicente da Souza CPF: 113 351 084-16

X Juan Vicente da Souza Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL.

Nº. 1185 / 2019.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 25 / Maio. / 2019. HORAS: 10h30.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Andersen de Oliveira

Notificante/Vítima:

CLAUDECI VICENTE DA SILVA, brasileiro, natural de Itaperanga-PB, solteiro, agricultor, nascido no dia 25.10.1979, filho de João Vicente da Silva e Sebastiana Severina da Conceição, portadora de RG nº. e CPF 055.980.724-40, residente na R. São Francisco nº.391 no Bairro Alde das Neves Itaperanga-PB.
Obs: Notificante não é alfabetizado.

Histórico de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das penas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas o Notificante estava retornando da casa de sua genitora, conduzindo a moto YAMAHA/YBR125 FACTOR K, cor preta, ano 2013/2014, placa QFG5115/PB e chassi 9C6KE1920E0002582, em nome de MARCICLEIDE NICOLAU ALVES e ao passar pelo Sítio Cantinho, na área rural de Itaperanga-PB, precisamente em uma curva colidiu com outro veículo, caindo ao solo, sendo então socorrido pelo SAMU para atendimento Hospitalar.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaperanga, Pb, 16 / Agosto / 2019.

Notificante/Vítima: X

Escrivão Plantonista:

Escr. Silva Rodrigues
Escr. Oliveira
Escr. Silva



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

055 980 724 40 claudesci Vicente da Silva

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

5 - Nome completo: claudesci Vicente da Silva 6 - CPF: 055 980 724 40
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua São Francisco 9 - Número: 394 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: do das Xeneas 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: P.R. 14 - CEP: 58780 000
15 - E-mail: neto.assessoria@hotmail.com 83 984616835 16 - Tel (DDD): 999 4515 20 74

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104).
AGÊNCIA: 3571 CONTA: 244 44 AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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;
☐ 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: José da Silva Júnior
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 144 048 624-12
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: X José da Silva Júnior

38 - 1ª Nome: Antônio Pedro da Silva CPF: 705 429 524-57 X Antônio Pedro da Silva Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Juan Vicente da Souza CPF: 113 351 084-16 X Juan Vicente da Souza Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493534 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PATELA DIREITA.
FRATURA DE HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM PATELA DIREITA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,2(BAM) P.7(CIRURGIA) P.18,19(IMAGEM)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493534

Cidade: Itaporanga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do acidente: 25/05/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA. FRATURA DO 1º PODODÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 10 CM NA FACE ANTERIOR DO JOELHO COM AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO. AO EXAME DO 1º PODODÁCTILO DIREITO: APRESENTA DEFORMIDADE EM INTERFALANGEANA DISTAL COM DESVIO INTERNO DO 1º DEDO COM LIMITAÇÃO INTENSA DA MOBILIDADE E DEFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU I. EDEMA LOCAL. .

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO HÁLUX DIREITO, EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. RECEBEU ALTA APÓS 72 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/09/2019 A INDENIZAÇÃO EFETUADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO. PERÍCIA MÉDICA ATUAL ESTIMOU UMA SEQUELA CORRESPONDENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO E UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU SEVERO DO 1º PODODÁCTILO DIREITO. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190493534**

Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDECI VICENTE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA SAO FRANCISCO, 391 - Itaporanga - PB - CEP 58780-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **45352**

Data e local do acidente: [**25/05/2019**] **CATOLÉ DO ROCHA PB**

Data e local do exame: [**11/10/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA. FRATURA DO 1º PODODÁCTILO DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 10 CM NA FACE ANTERIOR DO JOELHO COM AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO. AO EXAME DO 1º PODODÁCTILO DIREITO: APRESENTA DEFORMIDADE EM INTERFALANGEANA DISTAL COM DESVIO INTERNO DO 1º DEDO COM LIMITAÇÃO INTENSA DA MOBILIDADE E DEFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU I. EDEMA LOCAL .

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

[☒] Sim [☐] Não

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

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO HÁLUX DIREITO, EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES . RECEBEU ALTA APÓS 72 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 1º pododáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

1º pododáctilo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REANÁLISE: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/09/2019 A INDENIZAÇÃO EFETUADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopeda e Cirurgião de Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TECOT 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR USA-03

IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA

Data: 25/05/2019 ID: 328 Paciente: Quintecir Vento da Silva Idade: 38 anos Sexo: FEM
Local: Estado Vento do Sítio Cantinho Bairro: Zona Rural Médico Regulador: Dr. Renival
Apelo no Local: PAI Resgate/Bombeiro Resgate PRF: CPTRAN STRANS: Trote Nenhum: Outro

QTA: Socorro por Terceiros Recusou Atendimento: Socorro pelo Bombeiros Local não encontrado: Outro
TIPO DE AGRAVO: NATUREZA DA OCORRÊNCIA HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	☐ Sinais e Sintomas:
☐ Agresso	☐ Psiquiátrico	☐ Anamnese:
☐ Clônico	☐ Queda Afogamento Afundamento	☐ Medicação:
☐ Desmaio	☐ Queimaduras	☐ Prontuário Médico:
☐ Eletrocução	☐ Queda Metros	☐ Líquidos e Alimentos ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Queda	☐ Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.C.I.	☐ Queda Obstétrica	

EXAME FÍSICO

Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pele Fria ☐ Pele Úmida ☐ Isocor ☐ Anisocor ☐ Miótica ☐ Dor
Mucosa ☐ Dispneico ☐ Taquipnéia ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ Contusão ☐ PCR

Tempo de Transporte e Local:

Queixas Principais do PACIENTE:

Acidente de moto

Transferência/Destino:

Local: CHRP

Responsável: Gulherme P. T. Silva
CRM-PB: 12.246

Sinais Vitais:

VVAA: Libre Obstruída: Respiração 20 rpm 99 % T₁ Glucose Capilar reg/di Coma
PA: 120/80 mmHg FC: 60 bpm PR: — bpm SpO₂: 99 % T₁: — Glucose Capilar: reg/di Coma

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Intervenções de Enfermagem:

Atividade Capacidade Adaptativa Intracraniana Comunicação Verbal Prejudicada
Desempenho Indicado Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAA Diarretexia Autônoma Dor Aguda Distribuição Prejudicada
Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância à Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão
respiratório Ineficaz Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Perda Tissular Confusão Ineficaz Mucosa Oral Prejudicada Padrão
Ineficaz Perda Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Trauma de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada
Integridade Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

Intervenções:

Flv + SSVV + terapia medicamentosa + imobilização conforme protocolo.

Evolução da Enfermagem:

Constatado vítima de colisão moto com um carro, apresentando lesões graves, com fratura exposta no joelho (patela) do MIB e suspeita de fratura no fêmur. Paciente consciente e cooperante, foi transferido para o HRP para tratamento definitivo.

Identificação da Equipe:

Médico: Gulherme Pereira Tavares CRM-PB: 12.246
Enfermeiro(a): Diogo COREN: 349233
Téc. De Enfermagem: Diogo COREN: 349233
Condutor: Diogo

Encaminhamento:

Liberação após atendimento: Recusou atendimento óbito no local: óbito durante o atendimento óbito durante o transporte:

Diogo Pereira
Enfermeiro
COREN/PB 349233

Recusar:

Nome:

Assinatura:

RG/CPF:

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

Evolução Clínica:

Paciente vítima de acidente automobilístico (motorista). Apresenta fratura de patela no M.I.D. (fratura exposta). Cateter de drenagem torácica, sonda nasogástrica e sonda vesical.

Diagnóstico Médico: Fratura exposta de M.I.D.

Procedimentos Realizados: Desobstrução vias aéreas - Intubação Naso Orotrqueal - Cânula Orofaringea - Cricotireoidotomia - Ventilação Mecânica (Manual) - Respirador - Inalação de Oxigênio O₂ - Drenagem Torácica - Massagem Cardíaca Externa - Desfibrilação/ Cardioversão - Controle de Hemorragia - Curativo - Punção Venosa - Sonda Gástrica - Sonda Vesical - Sedação - Imobilização - Colar Cervical - Outros

ECG: Normal - Alterado - Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

Ceftriaxona 1g + AD (R-U)
Soro R 500 ml (manutenção)

Tramadol 0,1 mg/ml + 250 ml de SF 0,9% (R-U)

Curativo e manutenção local.

Exame Gineco-Obstétrico:

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

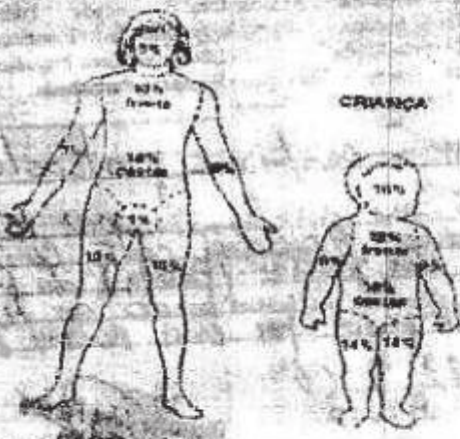
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VALORES	NOTAS
Abertura dos olhos	4 3 2 1
Resposta verbal	5 4 3 2 1
Resposta motora	6 5 4 3 2 1
TOTAL MÍNIMO	3
TOTAL MÁXIMO	15

EXTENSÃO DE QUEMADURAS
CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL

ADULTO

CRIANÇA



QUANTO MAIS PROFUNDO O PERLAMENTO, MAIOR O GRAU

Quemaduras de primeiro grau: a epiderme vermelha, inchada e dolorida.



PRIMEIRO GRAU
São as queimaduras mais superficiais. O epitélio permanece intacto e a dor é leve.

SEGUNDO GRAU
Com a destruição da epiderme, há formação de bolhas e a dor é intensa.

TERCEIRO GRAU
Atinge a derme, com necrose e formação de coágulos.

QUARTO GRAU
Atinge toda a pele e estruturas profundas, com necrose extensa.

$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{V_1 \text{ (ml)}}{T \text{ (h)} \times 3}$$

$$N^{\circ} \text{ microgotas/min} = \frac{V_1 \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000021474-0

Nr. da Autenticação 80804BA5B66A0B9F

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000021474-0

Nr. da Autenticação 8CD51B2142FAAF54

CLAUDECI VICENTE DA SILVA
RUA FÁBIO FARIAS, 600, 231 - ALTO DAS NEVES
ITAPERANGA/PE CEP: 55700-000 (AO 134)

Ligação MONOFÁSICA
Cidade: RECINTO B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Referência: JUL/2019
Medidor: 02729305332

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25, Zona Rectoral, João Pessoa/PB CEP: 51201-140
CNPJ: 09.365.189/0001-40. Insc. Est. 14.045.423-4

Nº de Fatura: 51264797-2
Cidade: João Pessoa, PB CEP: 51201-140

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:
Jul/2019 19/07/2019 20/08/2019 066.990.734-40
ZSC-EX

UC (Unidade Consumidora): 51264797-2

Canal de contato
Tudo Especial de Energia Clientes - TREC 141 criado pelo LEX
R# 10.436 de 18 de abril de 2002
A partir de 01/01/2014, a Agência Reguladora de Energia (ANEEL) passou a ser responsável por todas as reclamações e reclamações.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/06/15	8457	19/07/19	8505	
Demonstrativo				
CC - Despesa	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base
0501 Consumo de 30 kWh/2R	30,000	0,2750	8,250	8,250
0501 Consumo - 31 a 100 kWh/2R	30,000	0,4000	12,000	12,000
0501 Ado. 0,5 Amper		0,00	0,00	0,00
0510 Bateria		0,00	0,00	0,00
0501 Contribuição Luz Pública		0,00	0,00	0,00
0506 Diferença Bateria		0,00	0,00	0,00

COMPREV
22 ABR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wilson Rodrigues dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.242.064 / 1.09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a), do Beneficiário

Claudetei Vicente da Silva inscrita (a) no CPF sob o Nº 025.980.224 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Claudetei Vicente da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.980.224 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Euclides Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itapiranga</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>denis.menezes@hotmail.com</u>	CEP: <u>98740-000</u>	Tel.(DDD): <u>999471320</u>

Local e Data: Itapiranga 21/08/2019

Wilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
12 ABR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Marcicleide Nicodau Alves
RG nº 1908149, data de expedição 19/07/1993
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 072 009 464-00,
com domicílio na cidade de Taporanga no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São Francisco I Barro, Roda Velha, nº 391,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Claudesi Vicente do Silveira, cujo o condutor era
o mesmo
Veículo: moto Modelo: Yamaha/XBR 125 Fazer Ano: 2013/2014
Placa: WFG 5110 P8 Chassi: 9C6 KE1920E0002582
Data do Acidente: 25/05/2019

Local e Data: Taporanga 26/07/2019

x Marcicleide Nicodau Alves.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

JBS SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º CÍRCULO DE NOTARIAS

RECONHECIMENTO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARCICLEIDE NICOLAU ALVES.
Taporanga/PB, 26 de julho de 2019
Escritor: Maria Carolina Custódio
Selo Digital: A1X6974-37F1
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol. R\$ 9,81 + FEE R\$ 2,38 + RPEN R\$ 0,29

22 Jul. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

NOTAS

 ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CÓDIGO DA UNIDADE:	2341204	CGC/CPF:	08.778.268.0018/09
NOME:	HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA		
END.:	RUA OSWALDO CRUZ, 183		
MUNICÍPIO:	ITAPORANGA	ESTADO:	PARAIBA
UF:	25		
Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO Nome: CLAUDECI VICENTE DA SILVA Raça/Cor: PARDA			
DI. Nasc:	25/10/1979	Idade:	39 anos(s)
Mês:	SEBASTIAO SEVERINA DA CONCEICAO		
Profissão:	AGRICULTOR		
Endereço:	RUA SAO JOAO		
Bairro:	ALTO DAS NEVES		
Município-UF - CEP - IBGE:	ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700		
Telefone para contato (83) 9979-8388	CNS:	160720667560002	
Data e Hora da impressão da ficha:	25/05/2019 12:01:52		
PESO:	PA:	TEMP:	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
Paciente foi trazido pelo Smmu com história de acidente motociclístico, apresentando fratura em Joelho de lesão contusa em PE DIRETO			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)			
RESULTADOS			

RECEPCIONISTA:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
1. Realizado Assessoria e logo em Sequencia Referenciado	
2. PO HRP.	
3.	
4.	
01 - ELETIVO	CARÁTER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA	Hora de atendimento do paciente pelo médico:
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PROCEDIMENTO - descrição:	

DIAGNÓSTICO:

FRATURA EM JOELHO DIREITO

CID-10:

MEDICAÇÃO:

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1-

2-

3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Dr. Begue Carvalho

MÉDICO - CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

QU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	45352	PRECATÓRIO	25029
DATA	25/05/2019	HORA	16:17
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	RNAIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE		
MÉDICO	ANTONIO IVANES DE LACERDA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	CLAUDECY VICENTE DA SILVA	IDADE	39a 7m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	SEBASTIANA SEVERINA DA CONCEICAO		
FILIAÇÃO II	JOAO VICENTE DA SILVA		
CIDADE	ITAPORANGA	PB	58780200
PERECO	RUA SAO JOAO 392		
ARRIO	ALTO DAS NEVES		
NATURALIDADE	ITAPORANGA		
TELEFONE		CELULAR	33999531419
C.N.S.	168720667560027	IDENTIDADE	
C.P.F.	055.980.724-40	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/10/1979	COR	PARDO
EST. CIVIL	UNIAO ESTA	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL CLAUDECY VICENTE DA SILVA, Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Do trauma a dor no tornozelo, dor no
pé direito e fratura*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Fratura extensa no fêmur com separação
da patela esquerda*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, Laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta do fêmur D.R.* *582.0*
fratura do tornozelo *592.4*

DADOS DA SAÍDA

Data *07.06.19* Hora *10* H *00* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

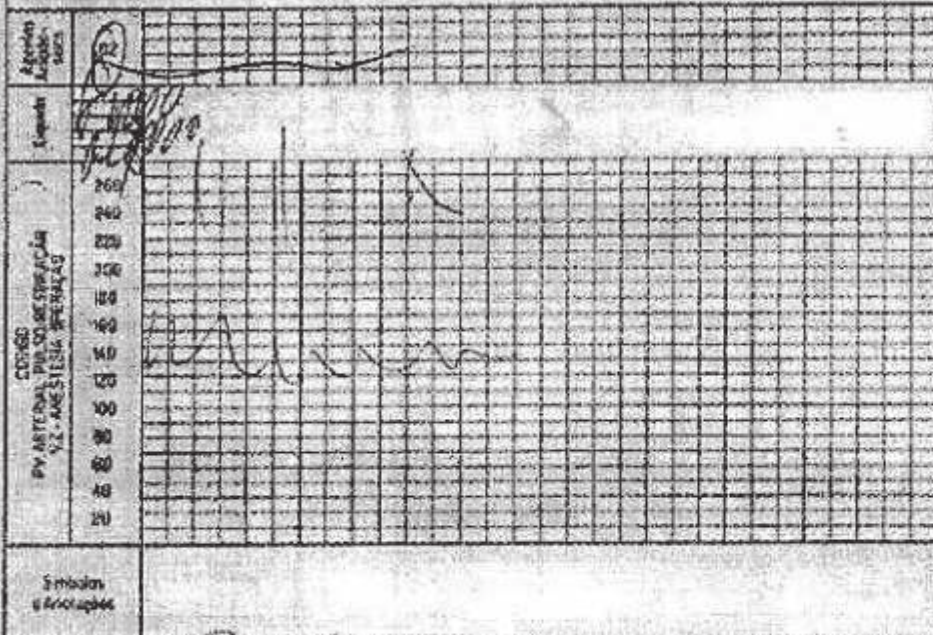
ANTONIO IVANES DE LACERDA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 10.000/1979

11.06.2019
Dr. Antonio Ivanes de Lacerda
CRM 10.000/1979

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 25.5.19

Nome: CLAUDECI VILCENTE DA SILVA
Sexo: ☒ Feminino ☒ Masculino Idade: 39 Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____
Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Urina: _____
Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Peçoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: calmo Anestésicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré-Operatório: patologia Estado físico: ótimo Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeitos: _____



INDUÇÃO
Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
Laringe Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR
Reflexos na S.O. _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros: _____
Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: Supino
Agentes: Propofol 1.5g + Primaflo 0.5g
Técnica: Intubação
Cirurgião: Dr. [assinatura]
Anestesiologista: Dr. [assinatura]
Observações: [assinatura]

PACIENTE: Cláudio Vicente da Silva

QUANTIDADE: 390 REGISTRO: 25029

DATA: 25.05.2019 INÍCIO: 17:00 FIM: 18:15

QUANTIDADE: 390 REGISTRO: 25029

DATA: 25.05.2019 INÍCIO: 17:00 FIM: 18:15

GOVERNO DA PARAÍBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soros e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	✓	Seringa 5 ml
✓	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	✓	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>Isobárica</u>	✓	Atadura de Crepom 10 cm
	Nalotano	✓	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPI Tintura
1	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
✓	<u>Sufenta 2g</u>		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
✓	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostipmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	<u>220mg</u>		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	<u>Ran. andonchona</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
✓	Diplrona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	✓	<u>Prolene 3-0 c/ agulha</u>
	Prolene 0 c/ agulha	✓	<u>Wichman 3-0</u>
		✓	<u>Vicril 1-0</u>

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 01 / 06 / 19

Nome: Cláudia Vieira da Silva

Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Idade: 39a Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: 25 / 10 / 1979 Pressão Arterial: 120 x 70 mmHg Respiração: _____

Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticos: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: _____

Aparelho Respiratório: UBN Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: UDU Eletrocardiograma: _____

Aparelho Digestivo: UBN Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Consciente Alérgicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: Nega Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fratura exposta de patela Estado Físico: ASA I Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Agentes Anestésicos	Dose	Tempo	Efeitos
CURSO DA ANESTESIA	10.30	11.15	
PA (mmHg) / PR (mmHg) / Fv (b/min)	100		
	90		
	80		
	70		
	60		
	50		
	40		
	30		
	20		
	10		

INDUÇÃO

Satisf. _____ Excit. _____ Tossos _____

Laringo Espasmo _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____

Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: Decúbito dorsal

Agentes: Alcaina intrínica + Durob + Epidura Cânula: _____

Técnica: Boqueirão - P. de b. 1/2 - 1/4 - 1/8 Operação: Osteomielite de fratura de patela

Cirurgião: Dr. Goldner Anestesista: Dr. Leno

Observações: _____

Cláudio Vicente da Silva

15 04 04 39a 25029

110 Cirurgia da Febre Gaudencio

Rogério

04/06/19 10:30

GOVERNO DA PARAIBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ coro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	5	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPi Tintura
1	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixel		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasti		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espano 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	nylon 2

Nome do Paciente:		Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia:		Enf.:	Leito:
Cirurgião:	1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia:		Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Tipo de Cirurgia:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

8.44 aos 10.15 - procedimento abertura + sutura da ferida para a remoção da lesão relaxação da pele no período operatório, com aplicação de gaze e curativo Realizar curativo e fechar a ferida e colocar a gaze e 3 F. Hinfelmeier e curativo no f. e Hinfelmeier nos laços e a ferida e curativo Contar por placas anatômicas Outro tipo de sutura de menor na parte distal curativo e gaze aplicada
--

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Paciente: Phidias Vitor
 Setor/Enfermaria: 15

Leito: 24 Diagnóstico:
 Data: 01/05/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Data hora		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Orit, 1000 ml (R)					
2. Clotapreling 4 ml (R) 818 ml					
3. Ben'gaurine 800g + 1000 ml (R) 818 ml					
4. Metronidazol 500g (R) 818 ml					
5. Nitrofurantoin 500g (R) 818 ml					
6. Tetraciclina 1000g + 1000 ml (R) 818 ml					
7. Daktacina 1ml (R) 818 ml					
8. Sumamed					
9. Soro de Soro					
10. Soro de Soro					
11. Soro de Soro					
12. Soro de Soro					
13. Soro de Soro					
14. Soro de Soro					
15. Soro de Soro					
16. Soro de Soro					
17. Soro de Soro					
18. Soro de Soro					
19. Soro de Soro					
20. Soro de Soro					
21. Soro de Soro					
22. Soro de Soro					
23. Soro de Soro					

06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax: 26.3°C	P: 150	Tax: 36.5°C	P: 140	Tax: 36.5°C	P: 140	Tax: 36.5°C	P: 140
R: 150	SpO ₂ : 90	R: 140	SpO ₂ : 90	R: 140	SpO ₂ : 80	R: 140	SpO ₂ : 80
HGT: 150	mmHg	HGT: 140	mmHg	HGT: 140	mmHg	HGT: 140	mmHg
Diurese: 150	ml	Diurese: 140	ml	Diurese: 140	ml	Diurese: 140	ml

Phidias Vitor

Dr. Soro de Soro
 Dr. Soro de Soro
 Dr. Soro de Soro

Dr. Soro de Soro
 Dr. Soro de Soro
 Dr. Soro de Soro

Dr. Soro de Soro
 Dr. Soro de Soro
 Dr. Soro de Soro

SSE - Sistemática da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente acordado, consciente, orientado, e prático; apresenta bom humor no momento, sob cuidados da equipe de enfermagem.	Paciente em repouso, confortável, sem dor, e prático; apresenta bom humor no momento, sob cuidados da equipe de enfermagem.
<i>[Assinatura]</i> Assinatura e carimbo do Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO Paciente acordado, consciente, orientado, e prático; apresenta bom humor no momento, sob cuidados da equipe de enfermagem.	<i>[Assinatura]</i> Assinatura e carimbo do Enfermeiro ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO Paciente acordado, consciente, orientado, e prático; apresenta bom humor no momento, sob cuidados da equipe de enfermagem.
<i>[Assinatura]</i> Assinatura e carimbo do Técnico	<i>[Assinatura]</i> Assinatura e carimbo do Técnico

CONFIDENTIAL

[illegible]

paciente: Adriana Vasconcelos Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: _____ Leito: 04 Data: 28/07/99

paciente: Claudio Vicente de Oliveira

Paciente: Roberta da Costa Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: 04 Data: 28/12
Leito: 04

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1.						
2.	1000					
3.	1000					
4.	1000					
5.	1000					
6.	1000					
7.	1000					
8.	1000					
9.	1000					
10.	1000					
11.	1000					
12.	1000					
13.	1000					
14.	1000					
15.	1000					
16.	1000					
17.	1000					
18.	1000					
19.	1000					
20.	1000					
21.	1000					
22.	1000					
23.	1000					

SINAIS VITAIS															
06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x		mmHg	PA:	x		mmHg	PA:	x		mmHg	PA:	100	x 60	mmHg
HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml

Paciente: Guendaci, Thelma Diagnóstico: _____
Setor/Enfermaria: 13 Leito: 04 Data: 31/05/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

[illegible]

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	36.5°C	P:	bpm	Tax:	36.6°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	%	SpO ₂ :	%	R:	%	SpO ₂ :	%	R:	%	SpO ₂ :	%	R:	%	SpO ₂ :	%
PA:	120 x 80	mmHg		PA:	110 x 70	mmHg		PA:				PA:	130 x 80	mmHg	
HGT:	mg/Dl			HGT:	mg/Dl			HGT:	mg/Dl			HGT:	mg/Dl		
Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml			Diurese:	ml		

Paciente: Cláudio Vinícius da Silva Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: 15 Leito: 04 Data: 26/05/19 - _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

Visita Médica: Data: / / - : h

SINAIS VITAIS																			
06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h							
Tax:	36.6	°C	P:	bpm	Tax:	37.2	°C	P:	bpm	Tax:	37.7	°C	P:	bpm	Tax:	35.9	°C	P:	bpm
R:			SpO ₂ :	%	R:			SpO ₂ :	%	R:			SpO ₂ :	%	R:			SpO ₂ :	%
PA:	117		x 50	mmHg	PA:	130		x 80	mmHg	PA:	130		x 80	mmHg	PA:	120		x 80	mmHg
HGT:				mg/dl	HGT:				mg/dl	HGT:				mg/dl	HGT:				mg/dl
Diurese:				ml	Diurese:				ml	Diurese:				ml	Diurese:				ml

Etilna, tira, daga, daga
 Loc. Enclavada
 COREN PB 609.304

Edna Lira do Oliveira
Técnicas de
Cálculo 600.394

Paciente: Clayton Victoria

Diagnóstico:

Date: 02/06/19 - : -

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
LANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HISTÓRICO		FARMACIA	
1. Dose 1000					
2.					
3. 500					
4.					
5. 1000 1000 1000 1000 1000 1000					
6.					
7. 1000 1000 1000 1000 1000 1000					
8. 1000 1000 1000 1000 1000 1000					
9. 1000 1000 1000 1000 1000 1000					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

Visita Médica: Data: / / h

[illegible]

Adrian
123723

Paciente: Claudio Vicente

Diagnóstico: _____ Leito: 04 Data: 03.06.19

Sector/Externa: 15

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1	Dito livre				
2					
3	sculp.				
4					
5	ceftriaxona 1 @ 1217h				
6					
7	Dipirona sup @ 616h				
8					
9	Tilatil 20 @ 1211h				
10					
11	Tamol 10 @ 07h 30. SN				
12					
13	C.C. qd				
14	SS UV				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

SINAIS VITAIS

06:00h		12:00h		18:00h		24:00h	
Tax: 36 °C	P: 70	Tax: 36 °C	P: 70	Tax: 36 °C	P: 70	Tax: 36 °C	P: 70
R: 150 x	SpO ₂ : 90	R: 150 x	SpO ₂ : 90	R: 150 x	SpO ₂ : 90	R: 150 x	SpO ₂ : 90
PA: 110 x 70	mmHg	PA: 110 x 80	mmHg	PA: 110 x 70	mmHg	PA: 110 x 70	mmHg
HGT: 70	mg/dl	HGT: 70	mg/dl	HGT: 70	mg/dl	HGT: 70	mg/dl
Diurese: 0	ml	Diurese: 0	ml	Diurese: 0	ml	Diurese: 0	ml

Assinatura 103.723

Assinatura 103.723

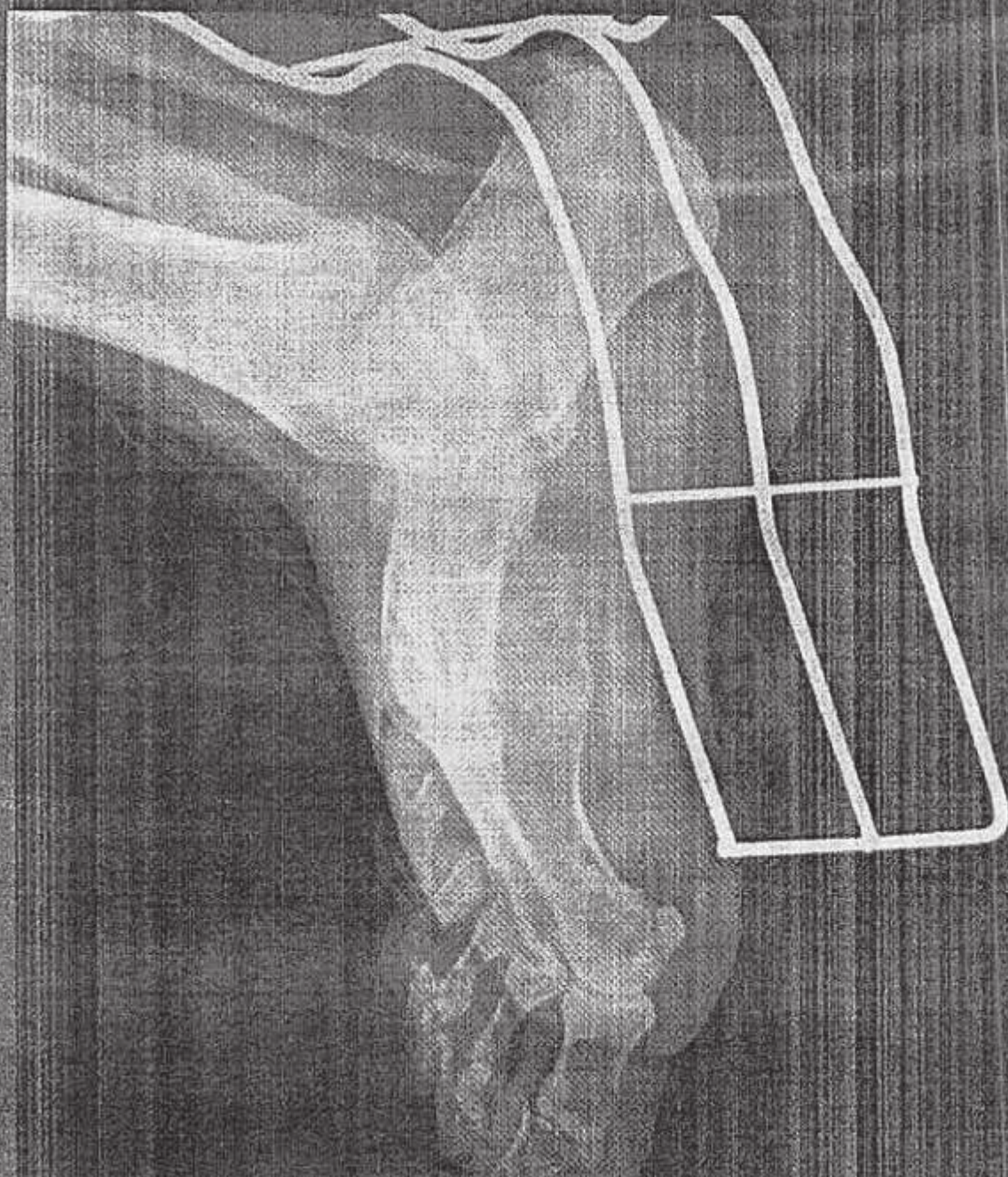
1504

 Nome: CLAUDECI VICENTE DA SILVA Data Nasc.: 28/10/1979
Hospital Regional de Jandira

04/08/2019 17:30:22 ID Pac: 00000019734
ES: 3

Nome: CLAUDECI VICENTE DA SILVA Data Nascimento: 25/10/1979
Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro

ID Pac: 00000019734
80.3%



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 45352

DATA 25/05/2019

MÉDICO

HORA 16:17

ANTONIO IVANES DE LACERDA

PRONTUÁRIO 25029

OPERADOR MMATA

PACIENTE

CLAUDECI VICENTE DA SILVA

IDADE 39a 7m

RESUMO CLÍNICO:

Vitima oriunda de Patos

DIAGNÓSTICO: Fratura Humer @ 5324

CID-10: Fratura exposta do braço @ (S82.0)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Fixação interna do fêmur

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Ret 306,51 cm em 10 dias

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Atende-se em 15 dias

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 07 DE 06 DE 2019.

JOÃO H. DOS SANTOS LEONARDO
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7017

MÉDICO/CRM



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 30085 Série 00076 PB



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL



Nome Claudio Almeida da Silva
Loc. Nasc. Itapora Est. SP Data 25/10/1979
Filiação João Almeida da Silva
Sebastião Sebastião da Almeida
Doc. N° EN N° 2043 de 50 de 2-04

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. N°
Exp. em/...../..... Estado
Obs.:
Data Emissão 17/05/201 DRT Itapora
Rodante Tomás da Silva Honorio
Polícia de CIPIS
Assinatura do Funcionário



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Münzberg

055.980.724-40

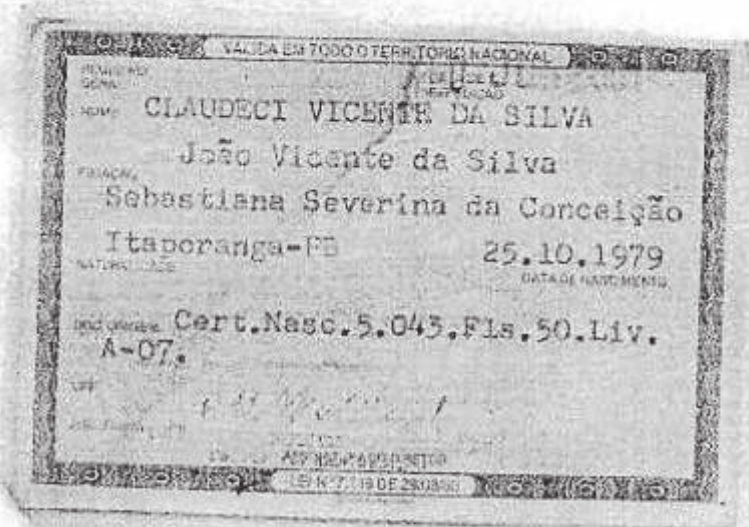
Name _____

Nome
CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Nisicimycin

Nascimento :
25/10/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTAL SIG
22 Abr. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CAC R-MAAM N.N.TRG PERÍODO
1 0104131919-0 00/00000000 2019

NOME
MARCICLEIDE NICOLAU ALVES

CPF / CNPJ 07200946400 PLACA QFG5115/PB

PLACA ANT / II PB 9C6KE1920E0002582 CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL
YAMAHA/YBR125 FACTOR V 2013 2014
COR PRECOLOREDADA
COR PRECOLOREDADA
COR PRECOLOREDADA

IMP / POT / CIL 2 P/124 / CI CIL/LITRA PARTIC
COTA UNICA 00/00/0000 1º 2º 3º
FAVORAVEN 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000
COTA UNICA 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000
COTA UNICA 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000

SEM RESERVA DE DOMINIO
ITAPORANGA - BELOJA 23/04/2019 40053

36994 23/04/2019 40053

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO O SEGURO DPVAT

PB Nº 014797929665 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO DATA EMISSÃO
2019 23/04/2019

VIA 1 07200946400 PLACA QFG5115/PB
DETRAN 0104131919-0 YAMAHA/YBR125 FACTOR K
ANO 2013 9C6KE1920E0002582

PREMIO TARIFÁRIO
PRE (R\$) 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000

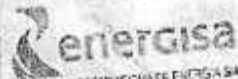
COTA UNICA 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000
COTA UNICA 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000 (R\$) 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.700/0001-04
40053-08053664-20190423

CLAUDECI VICENTE DA SILVA
RUA S40 FRANCISCO BUI ALTO CASIMIR
ITAPORANGA/PA CEP: 06780-000 (AG: 154)

Local: MONTEFASCO
Cidade: RESMTO B1 / RESIDENCIAL SAMA RENDA
Póster: 13-154-ES-4200 Referência: JUL 2019
Medidor: 0002365322 Emissão: 18/07/2019



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 220, Km 25 - Centro Pudente - 2000 Francisco P. - CEP: 80711-000
CNPJ: 09.046.185/2001-40 Inscrição: 18.015.525-4

Índice de Preços de Energia Elétrica (IPCE) 2017 231
Cód. para Def. Autônomo: 00000447072

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RAR
Jul / 2019	18/07/2019	20/08/2019	066.980.774-40 pcc Est

UC (Unidade Consumidora) 5/264797-2

Canal de contato
Toda Supr. de Energia Elétrica - 18EE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VOA NA BRAS. Siga mais em: saude.gov.br/voa-na-bras

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
16/05/19	3407	18/07/19	2505	
Demonstrativo				
Quantidade Tarifas		Valor Base Cód.	Alas. Serviços Base (Cód.	Tarifas) Cód. Tarifas
Tabela (Cód. R\$)		R\$ (Cód. R\$)	R\$ (Cód. R\$)	R\$ (Cód. R\$)
0001 Consumo até 20kWh-GR	30.000 0,278530	8,36	25	2,28 8,36 0,08 0,41
0001 Consumo - al 2-180W/h-GR	88.000 0,479228	32,58	25	8,14 21,60 0,25 1,93
0001 Ade B. Amara		0,66	25	0,16 0,66 0,01 0,03
0010 Rápida		37,67	25	0,50 37,67 0,41 1,50
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA		9,45	0,00 0	0,00 9,45 0,00 0,00
0000 Desconto Susc. de		28,17	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.384.421
DATA DE EXPEDIÇÃO	29/01/2018
NOME	
MATHEUS PEDRO DA SILVA	
FILIAÇÃO	
MARCOS PEDRO DA SILVA JUCIVANIA FERREIRA DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ITAPORANGA-PB	01/06/1999
DOO ORIGEM	
CERT. NASC. Nº 5.051 - LMA-07 - FLS. 118 - CARTORIO BOA VENTURA PB	
705.479.524-57	
29/01/2018	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA CIVIL	
INSTITUTO DA POLÍCIA CÍVIL	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
L-238	
	
matheus pedro da Silva	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

CLAUDETVICENTE DA SILVA
RUA SIA - FRANCISCO SBT - ALTO DAS FÉVES
MARACANA/PB CEP: 56700-000 (AO: 154)

Ligação MONOFÁSICA
Clas/Soc RES INT 617 RESIDENCIAL - BARRA RENOV
Roteiro 12 - 154 - 85 - 4000 Referência Jul/2019
Empres 19/07/2019

energisa

ENERGISA PERNAMBUCO DISTRIBUIDORA ENERGIA SA
R. 270 km 25 - DM 23 Rm 911 - Jd. Parnaíba PB - CEP 51271-000
CNPJ 06.006.183/0001-40 Ins. Est 18.715.629-0

Ata Fiscal Contas de Energia elétrica Nº 001.267.220
Cód. para Dth Automação: 00020647912

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

Conta referente a: 19/07/2019
Apresentação: 19/07/2019
Data prevista da próxima leitura: 20/08/2019
CPF/CNPJ/RAI: 066.660.124-40
Ins. Est: 5/264797-2

UC (Unidade Consumidora): 5/264797-2

Canal de contato

- Tenda Especial de Energia Elétrica - 7000 101 (atende toda Ld)
P.O. 10 436 de 16 de maio de 2005
Junto-se ao MOVIMENTO VACINA BRACIL. Sobre mais em
sua loja (ver 30/04/2005)

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
19/07/19	8407	19/07/19	8500						21
Demonstrativo									
Quilômetros		Leitura		Valor Base Cae. Alas.		Km/h (km/h)		Km/h (km/h)	
Tabela: Tabela KM/RS		Tabela: Tabela KM/RS		Tabela: Tabela KM/RS		Tabela: Tabela KM/RS		Tabela: Tabela KM/RS	
0001	Consumo de 100W/20W	30.000	0.279530	0.28	0.28	25	2.28	0.34	0.39
0001	Consumo de 51 e 100W/20W	58.000	0.479120	0.58	0.58	25	2.79	0.58	0.58
0001	Alas. B. Amarela			0.58	0.58	25	0.16	0.88	0.88
0012	Dados			31.57	31.57	25	0.50	57.97	0.57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			0.40	0.00	0	0.03	0.37	0.53
0006	Desenvolvimento			36.17	0.00	0	0.00	0.00	0.00

Source: *U.S. Census Bureau, Current Population Reports, 1990*

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Chaudéci Vicente da Silva
 RG: 36085 Serenoz 26 P38 Orgão Emissor: _____ CPF: 055 980 724 40
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: agricultor
 Endereço: Rua, São Francisco Nº 391
 Bairro: Alto do Nevoa Cep: 58280000 Cidade/UF: Taparanga
 Telefone: (83) 99616835 (83) 999471520 () _____

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues da Silva
 RG: 5652161 Orgão Emissor: _____ CPF: 039 242 064 09
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado Profissão: Motorista
 Endereço: Rua Curidua Figueiredo Nº 28
 Bairro: centro Cep: 58280000 Cidade/UF: Taparanga
 Telefone: (83) 987616835 (83) 999471520 () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente:

Vítima: Chaudéci Vicente da Silva CPF: 055 980 724 40
 Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DADS () Morte

Por não ser alfabetizado (a), nomeio a pessoa abaixo qualificada para assinar a meu Rogo:

Nome: José da Silva Júnior
 RG: 36085 Serenoz 26 P38 Orgão Emissor: _____ CPF: 114 048.624-12
 Endereço: Rua São Francisco Nº 55
 Bairro: Alto do Nevoa Cep: 58280000 Cidade/UF: Taparanga

** Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Taparanga 29/07/2019
 Local e Data

X José da Silva Júnior
 Assinante à Rogo

Cartório
 1º Ofício

PROTOCOLADO
 22 JUL 2019
 G. JOÃO PESSOA



Testemunha 1:

Testemunha 2:

X Mathheus Petha da Silva
 CPF: 705.429.524-54
 Local e Data: Taparanga 29/07/2019

Cartório
 1º Ofício

X Duan Lima de Souza
 CPF: 113 351 084 16
 Local e Data: Taparanga 30/07/2019

Cartório
 1º Ofício

JBS
SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Antônio Vargas, 35 - Centro - Itaporanga/PB
Fone: (31) 3332-2431 - E-mail: jose@jbsnotas.com.br
Tribunal: Alberto Barros da Silva

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JOSE DA SILVA JUNIOR.
Itaporanga/PB, 29 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custódio

Selo Digital: AXB5838-D7LQ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol: R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEN R\$ 0,29



JBS
SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Antônio Vargas, 35 - Centro - Itaporanga/PB
Fone: (31) 3332-2431 - E-mail: jose@jbsnotas.com.br
Tribunal: Alberto Barros da Silva

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MATHÉUS PEDRO DA SILVA.
Itaporanga/PB, 29 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custódio

Selo Digital: AXB5837-UYQ2

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol: R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEN R\$ 0,29



JBS
SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Antônio Vargas, 35 - Centro - Itaporanga/PB
Fone: (31) 3332-2431 - E-mail: jose@jbsnotas.com.br
Tribunal: Alberto Barros da Silva

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de LUAN VICENTE DE SOLSA.
Itaporanga/PB, 30 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custódio

Selo Digital: AXB5855-9EAD

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol: R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEN R\$ 0,29



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289375/19

Número do Sinistro: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

CPF: 055.980.724-40

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA