



Número: **0802079-10.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35608491	19/10/2020 10:14	2757797_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412462

Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

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

Carta nº 14527462

Pag. 00639/00640 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 2476 8 CONTA: 33.269 0 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; 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 do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

34

Impressão digital ou
assinatura ou
assinatura
não autografada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ra do Representante Legal (se houver)

02/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0568/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 08/04/2019 hora: 15:00 HORAS

Local do fato: Itaporanga-PB

NOTIFICANTE

NOME: SEBASTIÃO RODRIGUES MIGUEL, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Gloria de Dourados-MS, idade: xx anos, nascido em 23/01/1981, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: fundamental incompleto, documento: RG 2.477.865 SSP/PB, filiação: Luiz Clementino Miguel e de Raimunda Rodrigues Miguel, endereço: Rua Jose Luiz de França nº 176 Centro Diamante-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

VÍTIMA

NOME: A NOTIFICANTE, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que quando vinha da cidade de Piancó-PB para a cidade de Diamante-PB proximo a Agrovila Jesus Cristo na BR-361 na Cidade de Itaporanga-PB, disse que saiu de dentro do mato um Jumento e dai não deu para desviar e colidiu com o animal Jumento e caiu no asfalto e fraturou os dois braços e foi socorrido pelo o SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e no outro dia foi transferido para o Hospital Deputado Janduy Carneiro da Cidade de Paços-PB a onde fez cirurgia conforme os laudos que vai anexos, sua motocicleta era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, Alcool/Gasolina, ano 2013/2013, cor Preta, placa QFM-0795-PB, chassi nº 9C2KD0550DR364246 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 22 de Abril de 2019.

Sebastião Rodrigues Miguel

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat.: 137.827-7

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
04 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AC. JOÃO PESSOA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 2476 8 CONTA: 33.269 0 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; 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 do 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.

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 (vai 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ra do Representante Legal (se houver)

02/2019



352

SAYU, 192

RUSBO

HORA: 19:50

08.04.2019	ID: 287	Paciente: Sebastião Rodriguez	Idade: 38	Sexo: FEM ☒ MASC
------------	---------	-------------------------------	-----------	--

BR 361	Barro:	Medio Regulador
--------	--------	-----------------

Quanto ao local: P/M Resgate Bombeiro - Resgate 734 - CEPAN - STRANS - Foto - Nenhum - Outro

A	Sociedade das Cervejas - Recanto Aguardante	Sua obra é importante	Não foi encontrado.	Outro
---	---	-----------------------	---------------------	-------

TIPO DE AGRADO: NATURAL DA OCORRÊNCIA. IDADE DO PACIENTE:

☒ Assento de Transito	☐ Pediatras	Simão e Soraia José
☐ Assento	☐ Pediatras	<i>meça</i>
☐ Clínico	☐ Juntas Alojamento/Alojamento	M. de S. Jo.
☐ Descontamento	☐ Queimaduras	P. de S. Jo.
☐ Electrocardiograma	☐ Dúvida	Exatidão e Cl. de S. Jo.
☐ T. 3	☐ Outros	M. de S. Jo.
☐ T. 4	☐ Outros	M. de S. Jo.

L'ANALISI FISICA

☐ Afonia	☐ Cefaléia	☐ Insônia	☐ Sudorese	☐ Tontura	☐ Vômito		☐ Dor no braço	☐ Miopia	☐ Dor
☐ Anidrase	☐ Dispnéia	☐ Taquicardia	☐ Hematemese	☐ Hemorrija	☐ T.E.	☐ TRM	☐ Fratura	☐ Contusão	☐ PCR

Tipo de Fervimento e Local

Quinta Etapa do PACIENTE:

der em punter E (natura fechada) e D , der em meridiana

Tren-CaplaniaTM Destino:

HDI _____ Responsável: Jan 4 Função: Médica

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

MSA &	Age	Obstruction	Peritonitis	$\times$ Bacteria	Mononuclear Infiltrate	Capillary Permeability	Normal
-------	-----	-------------	-------------	-------------------	------------------------	------------------------	--------

PA: 110x80 mmHg FC: 100 bpm FR: - SpO2: 96 % - Glucemia Capilar: 116 mg/dl Coag: 15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

Anestesia	Capacidade Adaptativa	Intra-arterial	Contaminação Venosa Profunda	Confusão Aguda	Deambulação Prejudicada
Atrofia Cardíaca	Diminuída	Desobstrução Ineficaz das VVAA	Distúrbios	Ansiosos	Dor Aguda
					Hipertermia
					Hipotermia
Integridade da Pele	Prejudicada	Integridade Tissular	Prejudicada	Moda	Intervenção Atividade
					Mucosa Oral Prejudicada
Respiratório	Ineficaz	Perfusão Tissular Cerebral	Ineficaz	Perfusão Tissular	Compensatória Ineficaz
					Perfusão tissular Gastrointestinal
					Ventilação Espontânea Prejudicada
					Volume de Líquidos
					Deficientes
					Excessivo de Líquidos
					Náuseas
					Retenção Urinária
					Percepção Sensorial
					Perturbada
					Reação Social
					Prejudicada
					Resposta Intelectual
					Eliminação Urinária
					Prejudicada
					Constrição
					Outros:

Exemplos:

Imobilização de membro + collar cervical + prancha rígida + AVP + SSW

Paciente consciente, orientada, história de queda de rosto, apresenta escoriação pela coroa e fratura + luxação de punção E.D, dor na mandíbula lado E, feito protocolo de triagem, AVP e medicação e encaminhado ao HDI.

Identificação da Equipe:

Em: 10/04/2014
 Tó: 10/04/2014
 C: 10/04/2014
 P: 10/04/2014

COREN:
COREN:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
e atendimento 5010-0111



RG:

UF:

CEP:

RG/CPF:

Plática/Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

SRL 500ml + tilatil Glamp EV + dipivura clomp EV

Exatidão Clínica:

Exatidão Médica:

Exatidão Realizados: Desobstrução vias Aéreas - Intubação Naso/Orotraqueal - Câmula Orofaringea - Cricotireoidostomia
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
- Imobilização - Colar Cervical - Outros

Normal - Alterado - Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

SRL 500ml
equipo de seros
felere n: 18
tilatil clomp
seringopi
côpa destilada

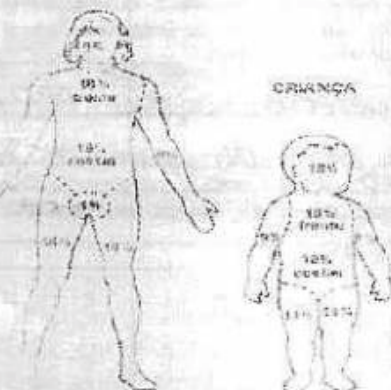
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEL	SCORE
Resposta ocular	4 3 2 1
Resposta verbal	5 4 3 2 1
Resposta motora	6 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO	15

EXTENSÃO DE QUEIMADURAS CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL

ADULTO

CRIANÇA



QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU

Queimaduras de primeiro grau só causam vermelhidão. Se as de segundo grau vão até a pele



PRIMEIRO GRAU
São as queimaduras mais leves, causadas por calor, frio, produtos químicos ou radiação. A pele fica vermelha e pode ficar inchada, mas não há bolhas.

SEGUNDO GRAU
São as queimaduras de média gravidade, causadas por calor, frio, produtos químicos ou radiação. A pele fica vermelha e inchada, com bolhas.

TERCEIRO GRAU
São as queimaduras graves, causadas por calor, frio, produtos químicos ou radiação. A pele fica carbonizada e a exposição dos órgãos internos é comum.

QUARTO GRAU
São as queimaduras muito graves, causadas por calor, frio, produtos químicos ou radiação. A pele fica carbonizada e a exposição dos órgãos internos é comum.

$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)} \times 5}$$

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.050,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010033269-2

Nr. da Autenticação 3E4C291EB6F0A5C7



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
04 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO
CARTÃO DE REGISTRO DE IDENTIDADE

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE (CÓD. EMISSOR / UF)
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/06/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERFIL
PROFISSIONAL

ACQ.
ASSINADO

CAT. JAR.
2.2

Nº REGISTRO
04333219973

VALIDADE
30/06/2010

EXPIRAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
31/06/2017

ASSINATURA DO REGISTRO
1399480737
95078781366

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELVIDO FIGUEIREDO 22 - CENTRO
ITAPICIRANGA / PE CEP: 55730-000

Urgente: MONITORAR
Clas Res: RES MTC 617 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rolagem 7: 154 - 25 - 3113
Mesclur: 00008607427

Referência: Mai 2019
Emissão: 13/05/2019

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 50071-400
CAPUCE 045 18270005-40 - Fax: 51 18 015 0204

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

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/CNPJ/RAM**

Mai / 2019 **13/05/2019** **11/06/2019** **039.247.064-09**

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL - Saiba mais em
saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Plas**

Data **Leitura** **Data** **Leitura** **1** **2**

11/04/19 **3146** **13/05/19** **3308**

Demonstrativo

CO **Descrição** **Quantidade** **Unidade** **Valor** **Unidade** **Valor** **Unidade** **Valor** **Unidade** **Valor**

0001 **Consumo em kWh** **183,00** **3,94** **0,50** **183,00** **3,94** **0,50** **183,00** **3,94** **0,50**

0001 **Adic. B. Amortiz** **1,13** **1,13** **27** **0,35** **1,13** **27** **0,35** **1,13** **27**

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0001 **CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA** **16,72** **0,00** **0** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00**

0004 **JUROS DE MORA 04/2019** **0,35** **0,00** **0** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00**

0005 **MULTA 04/2019** **3,83** **0,00** **0** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00** **0,00**

COMPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL 2019

PROTÓCOLO
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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 RESEGURO. 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 99.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.242.064 / 109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sebastião Rodrigues Miguel Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.396.761 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura invalidos da Vítima Sebastião Rodrigues Miguel

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.396.761 / 62, 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 Lúcio 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>edilson.moreira@kmail.com (83) 987616835</u>	CEP: <u>58780000</u>	Tel. (DDD): <u>99947152070</u>

Local e Data: Itapiranga 14/05/2019

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



HOSPITAL DISTRIAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRIAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 23/01/1981 Idade: 38 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: RAIMUNDA CANDIDO

Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: Nº: 0

Endereço: RUA JOSE LUIS DE FRANÇA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: DIAMANTE - PB - 58994000 - 250500

Telefone para contato (00) 0000-0000 CNS: 708903785643618

Data e Hora da impressão da ficha: 08/04/2019 15:14:06 CADASTRO: 363006

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de que
do de moto com
fratura no antebraço
e punho E

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

For medicado com Tylenol
+ dipirona

RESULTADOS

CEPCIONISTA: HDI

1. 2. 3. 4.

☐ 01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS

CARÁTER D Hora de atendimento

PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO:

☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO

☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL

SERVIÇOS REALIZADOS: C

1. 10310111

2. 10310110

3. 111111

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) /

Ass. do Fátima D. Lemos

MEDICO - CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	38587	PRONTUÁRIO	21790
DATA	09/04/2019	HORA	14:30
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	TMEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR		
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL		IDADE 38a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	RAIMUNDA RODRIGUES MIGUEL		
FILIAÇÃO II	LUIZ CLEMENTINO MIGUEL		
CIDADE	DIAMANTE	PB	58994000
ENDEREÇO	RUA JOSE LUIZ DE FRANCA S/N		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	GLORIA DE DOURADOS		
CEPHONE	CELULAR 83987603247		
C.N.S.	708903785643618	IDENTIDADE	2477865
C.P.F.	039.396.764-62	REG. NAC.	
NASCIMENTO	23/01/1981	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL Ass. Resp./Paciente *Francineide F. Miguel dos Silva*

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

*Acumt. trauma e trauma
em art. lombo ⑤*

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

Don + deformidade msc ⑤

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura distal do rádio ⑤* CID *S52.5*

DADOS DA SAÍDA Data *17/04/19* Hora *14h* Min *30*

MOTIVO
☐ Alta Curado ☒ Alta Melhorado ☐ Alta a Pedido
☐ Transferencia ☒ Evasão ☐ Óbito

MÉDICO/CRM *[Assinatura]*



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/70
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORACIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB

CLASSIF. RISCO	BRANCO	FILIAÇÃO II	LUIZ CLEMENTINO MIGUEL	GÊNERO	M
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA	IDADE	38a 2m	COR	PARDO
PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL				
NOME SOCIAL					
FILIAÇÃO I	RAIMUNDA RODRIGUES MIGUEL				
NASCIMENTO	23/01/1981				
PROFISSÃO	AGRICULTOR				
ENDEREÇO	RUA JOSE LUIZ DE FRANCA	BAIRRO	CENTRO		
CIDADE	DIAMANTE	U.F. PB	CEP	58994000	
TELEFONE		CELULAR	83987603247		
CNS	708903785643618	R.G.	2477865	CPF	039.396.764-62
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO			REG. NASC.	

F.A.A.	38575	PRONTUÁRIO	21790
ATIVIDADE	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MAIA
DATA	09/04/2019 Horário: 17:37	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCY
CARATER	02 -URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	TRANSP OUTROS ORGAOS PUBLICOS		
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *Francineide Clementina Miguel da Silva*

PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SINÓRTO)

Transtorno de ansiedade

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

min

DIAGNÓSTICO *Transtorno de ansiedade*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO) *Tratamento com medicação*

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

Tratamento hospitalar

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIANAMENTO PELO SISTEMA TNR

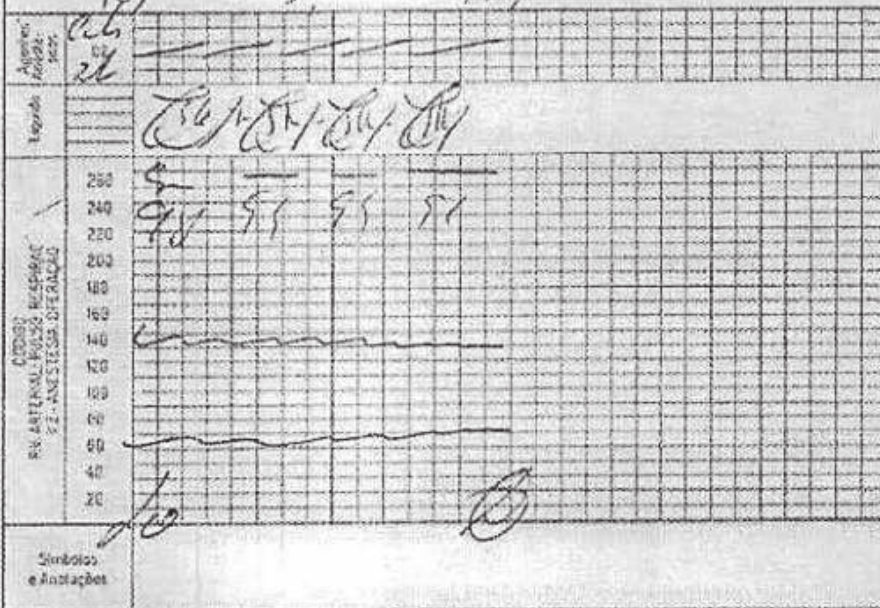
0.301040079



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 17/10/15

Nome: SOBASTIA RODRIGUES LOPES
Sexo: () Feminino (X) Masculina Idade: 38 Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: D
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____
Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Urina: _____
A. Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: _____ Alérgicos: _____ Corticóides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: Ful. 0154 C. 10/10/15 Estado Físico: _____ Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré Anestésica: 18.00 30 19.00 Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO
Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
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: _____
Agentes: 341 0334-401 Cânula: Rich 4.0
Técnica: Pharyngeal Operação: Rich 4.0
D. F. J. C. Anestesistas: D. F. J. C.

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SEBASTIÃO RODRIGUES NISOL</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>13/4/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Genaro José</u>	1º Auxiliar <u>Junior</u>	
Anestesista <u>Augusto</u>	Tipo de Anestesia <u>bloq. P1-2</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>PHATUM SAKA 331 AMBO. Dm.</u>		
Tipo de Cirurgia <u>OSTEOMIOMECOMIA AMBO. Dm</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>O MESMO</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia <u>NÃO</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

① gastrocnemio ② musculo ③ ligamento
④ phacoma ⑤ phacoma ⑥ phacoma
⑦ phacoma ⑧ phacoma ⑨ phacoma
⑩ phacoma ⑪ phacoma ⑫ phacoma



PACIENTE: Sebastião Raimundo Lucido

QT: 16 LEITO: 01 CONVENIO: 515 IDADE: 35 anos REGISTRO: 21790

CIRURGIA: Tp. de laparotomia - Nódulo de 10x5 cm CIRURGIÃO: Dr. Simeu

ANESTESIA: Raque ANESTESISTA: Dr. René

INSTRUMENTADORA: C. Lopes DATA: 15.06.2019 INICIO: 15:30 FIM: 17:00

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE ANTONIO CARLOS

GOVERNO DA PARAIBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro 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
	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. Calcinador de Pódo		Eletrodos desc.
	Neocsin		Atadura de Crepom 16cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thiopenal - Propofol		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretal
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Torax
	Xilocaina a 2%		Espandrapo
	Etodimidato		Xilocaina Gal
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcas		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sulenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Entalona - Clonazepam		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 3000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Thiazil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicilina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abocata 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. W. N. - D -

M. N. 30



Nome do Paciente: <i>Sebastião Rodrigues de Aguiar</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>15.04.2019</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Zelson</i>	1º Auxiliar: <i>Dr. Drigo</i>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>Fratura de rádio distal com desvio volar.</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Tto cirúrgico.</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>O mesmo -</i>		
Relatório Imediato do Patologista: <i>Nil -</i>		
Exame Radiológico no ato: <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Cirurgia: <i>Nil -</i>		

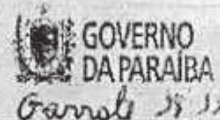
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em DDT sob anestesia.
- 2) Carrocinato com fixação de Smack.
- 3) Anestesia
- 4) Colocação de campos cirúrgicos.
- 5) Incisão volar.
- 6) Dissecção por pleuro.
- 7) Redução + fixação com placa de apoio volar + fios K.
- 8) Limpeza.
- 9) Sutura.
- 10) Curativo 11) Tala.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



PACIENTE: <u>Sébastien Redrigues Miguel</u>				
QT:	LEITO: <u>3604</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>38</u>	REGISTRO: <u>21780</u>
CIRURGIA: <u>Trat Cir. Frot. Pênis D</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando Feres</u>	
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>George</u>		DATA: <u>37/04/23</u>	INÍCIO: <u>08:00</u>	FIM:



NOTA DE SALA - MATERIAL

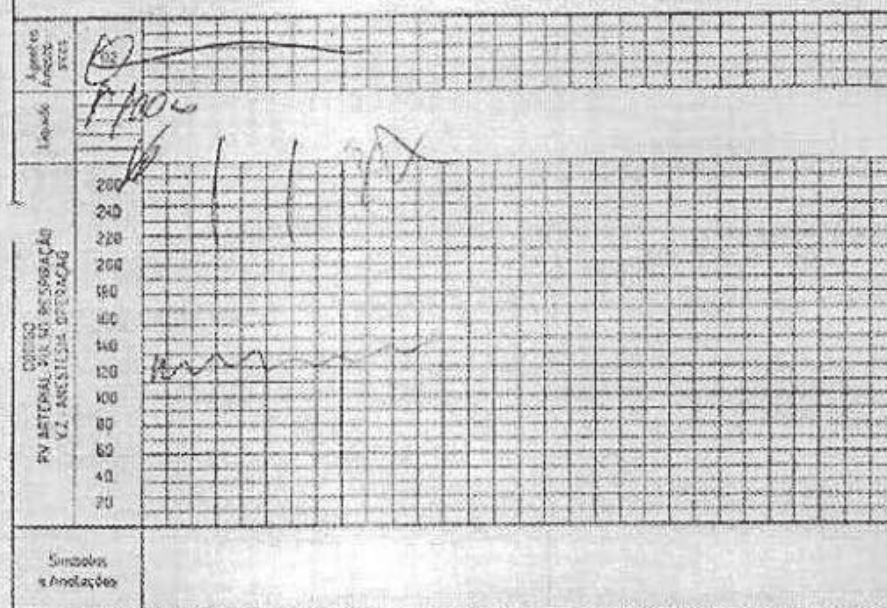
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	☒	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	☒	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	☒	Lâmina de Bisturi <u>24</u>
☒	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
☒	TX. 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.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	☒	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
☒	Quelicin <u>Hypoclorina</u>		Sonda Uretral
☒	Revulon <u>Bupivacaina</u>		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestelin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	☒	Esparrapado
	Etodimide		Xilocalina Gel
	Ketalar	☒	Álcool 70%
	Publcovalina 0,5%	☒	PVPI Tintura
	Dimorf	☒	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	☒	Algodão Ortopédico
	Forane		Cldex
	Sufento		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha Descartável
	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
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
☒	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
☒	Bixat <u>Ondametrona</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
☒	Risat <u>Ondametrona</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
☒	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
☒	Polycot 0 s/ agulha <u>Wang 10</u>		Polycot 2-0 c/ agulha
☒	Polycot 2-0 s/ agulha <u>Nylon 30</u>		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	☒	<u>fio de sutura n= 000</u>



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 15/04/19

Nome: Sebastião Carlos M. Pires
Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ 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: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: _____ Ataxia: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: _____ Estado Físico: _____ Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

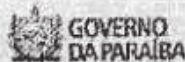


INDUÇÃO
Satisf. ☒ Excit. _____ Tosses _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim ☒ Não _____
Não, porque? _____
DESPERTAR
Reflexos na SO _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula para o leito sim _____ não ☒

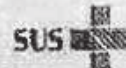
Posição: _____
Agentes: halotano 2/102
Técnica: Bra SUSP 15/4547
es: Sebastião
Cânula: _____
Operação: Fato 4/2
Anestesiistas: A. Silva



Evmlto



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



P/M: Genitório

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 04/08/19 Hora 13 h 32 Genero M C SP-MS

Nome/Nome Social Silviano Rodrigues Nogueira

Origem* Hospital Estadual de São Paulo Regulado? ☒ Sim ☐ Não

Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas _____ Encaminhado? ☐ Sim ☐ Não

Motivo do atendimento* DDT

Cliente De Pronto

Transporte De outros serviços públicos

Alergia? ☒ Não ☐ Sim _____

Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim _____

Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim _____

Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA 110/80 mmHg HGT _____ mg/dl

Dor: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa	Dor insuportável					

Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☒ Verde ☐ Azul

Especialidade Médica Ortopedia

Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar Tabela para preenchimento

Rafaela Lopes
Enfermeira/Cambor



INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente em CAB, em pós-operatório da cataplexia, no repouso, apresentando febre alta, com queixas de dor no abdômen, com evacuações normais, sem náuseas e vômitos.	2h - Paciente evolui em CAB, consciente, orientado, calmo, hidratado, normocarado, normotenso, suplexo, afável, febre alta, eliminação vesical presente e intestinal aumentada há ± 3 dias (sic), sono e repouso preservado. Sem queixas no momento, aguarda o procedimento, os cuidados de enfermagem.
Assinatura e carimbo de Enfermeiro Conceição Ferreira Enfermeira COREN-PB 381.373	Assinatura e carimbo de Enfermeiro Edmarcy Mychaelle das Neves Nunes Enfermeira COREN-PB 381.373
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente consciente, orientado, sem queixas, com medicação prescrita, com boa evolução, com cuidados de enfermagem.	Paciente consciente, orientado, sem queixas, com medicação prescrita, com boa evolução, com cuidados de enfermagem.
Assinatura e carimbo do Técnico Suelio de Oliveira Torres Técnico de Enfermagem COREN-PB 943571	Assinatura e carimbo do Técnico Maria Aparecida Técnica de Enfermagem COREN-PB 943571



SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

Paciente: Silvestre Diagnóstico:
 Setor/Enfermaria: 16 Leito: 04 Data: 12/04/19 - :

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS				INTERCOR
1.	① Outeiro 600							facultar
2.	② Solp. Aparentado							no plano
3.								
4.	③ Diplo 1AMP 106/65			12	18	24	00	
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								

Dr. Wagner A. Souza
 Otorrinolaringologista
 CRM 5217 - T-OT 2518

Visita Médica: Data

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	36,6 °C	P:	bpm	Tax:	36,8 °C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x		mmHg	PA:	100 x 60		mmHg	PA:	100 x 70		mmHg
HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml

Dr. Wagner A. Souza
 Otorrinolaringologista
 CRM 5217 - T-OT 2518

Dr. Wagner A. Souza
 Otorrinolaringologista
 CRM 5217 - T-OT 2518



Paciente: Sebastião Modujus
 Setor/Enfermaria: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____
 Data: 15/10/12

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS				INTERCORR
1.	Diet. livre após RPA							Soluto 12
2.								
3.	SAL, 1000 ml @							
4.								
5.	Cefalotrip 1g + AL @ 6/6h							
6.								
7.	Dipirox 250g + AL @ 6/6h							
8.								
9.	Tiludil 40g + AL @ 8/8h							
10.								
11.	Tegaserod 100mg + 100mg 5/5h @ 8/8h							
12.								
13.	Quercetin 40g + AL @ 8/8h							
14.								
15.	Atorvastatina 40mg + AL @ 8/8h 5/5h							
16.								
17.	Sua + AL							
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								

Dr. Sérgio Prudente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 5131 CRM/PB 7024

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	36,6°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg		PA:	100	x	60
HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl		HGT:			
Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:			

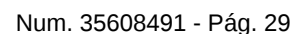
Clonaz
 1.02 423



GOVERNO DA PARAIBA

51-5380

1001
 Luninga Cumbou
 Tel: 011-26111111
 011-26111111



SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente em ECR em pré-operatório da ortopedia sendo exposto preservado sem queles no momento das cuidados da equipe.	Paciente acordado em ECR, consciente, orientado, calmo, hidratado, normotenso, normotônico, eufórico, alerta, dieta acuta, eliminação vesical livre e intestinal ausente há 5 dias (sic), sono e repouso prejudicados. Buíça - se de dor, medicando (CPM), segue aos cuidados de enfermagem. Aguardando procedimento cirúrgico.
Assinatura e carimbo de Enfermeiro Enfermeiro COREN-PB 391.513	Assinatura e carimbo de Enfermeiro Enfermeiro COREN-PB 347041
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
16/04/19 Paciente em pré de trat. Sutura Rodia + trat. Rodio (E), diambula, acesso central preservado. Medicações administradas e adequadas conforme prescrição médica.	16/04/19 - Paciente em ECR em pré de trat. Sutura Rodia + trat. Rodio (E). diambula - sem queixas segue aos cuidados da equipe.
Ana Rúbia de Oliveira Téc. em Enfermagem Cadm. 893.826	Josefa Alcides de Sousa e Silva COREN-PB 195114-TE
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico



 GOVERNO
DA PARAÍBA

94-53873-2

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Sebastião Rodrigues

Da Clínica: ORL

Enfermaria: 16

A Clínica: Cir. G.

Leito: 09

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Doença torácica

Data: 11/10/20

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente com história de doença
de longa duração com
Reflexos dos pulmões
normais.

TORAX NORMAL

Silvany José Venâncio da Silva
Cirurgia Geral
CREMESP 11774 CRM-PB 7507
CPF: 127.443.524-20

Data: 11/10/20

Assinatura do Médico Especialista



Paciente: Sebastião Rodrigues
Setor/Enfermaria: 46 Leito: 04

Diagnóstico: _____
Data: 10/07/19 - ____:____

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS				INTERCOR
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: _____

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h			
Tax: <u>36,4</u> °C	P:	bpm		Tax: <u>36,9</u> °C	P:	bpm		Tax: <u>36,7</u> °C	P:	bpm	
R: _____	irpm	SpO ₂ : _____	%	R: _____	irpm	SpO ₂ : _____	%	R: _____	irpm	SpO ₂ : _____	%
PA: <u>110</u> x <u>70</u>		mmHg		PA: <u>110</u> x <u>70</u>		mmHg		PA: <u>110</u> x <u>80</u>		mmHg	
HGT: _____		mg/Dl		HGT: _____		mg/Dl		HGT: _____		mg/Dl	
Diurese: _____		ml		Diurese: _____		ml		Diurese: _____		ml	

Ramos
Larissa Camêlo Nunes
Téc. Enfermagem
C.R.E.N. 893.320

Ana Rúbia de Oliveira
Téc. em Enfermagem
C.R.E.N. 893.320

Ana Rúbia de Oliveira
Téc. em Enfermagem
C.R.E.N. 893.320





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Soterio, Rodrigo

Sector/Enfermaria: 36

Leito: 04

Data: 11/04/19

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS		HORÁRIOS	
1.	Justo Lima	06	
2.		07	
3.		08	
4.	scdm. hepatomegalia	09	
5.		10	
6.	filotil 40, @ 1x1x1.	11	
7.		12	
8.	Dapirone 200 @ 6h.	13	
9.		14	
10.		15	
11.	transl 50 @ 6h x 1x1	16	
12.		17	
13.		18	
14.	CC-50	19	
15.		20	
16.		21	
17.	SSN	22	
18.		23	
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

SINAIS VITAIS		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax:	35.4°C	P:	78	P:	78	P:	78
R:	100 x 60	SpO2:	90	SpO2:	90	SpO2:	90
PA:	100 x 40	mmHg		mmHg		mmHg	
HGT:	100	mg/dl		mg/dl		mg/dl	
Diurese:		ml		ml		ml	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 10:14:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910142877700000034014126
Número do documento: 20101910142877700000034014126

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	38587	
DATA	09/04/2019	HORA 14:30
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO	

PRONTUÁRIO 21790
OPERADOR TMEDEIROS

PACIENTE SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

IOADE 38a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitipes et Strophosurus

DIAGNOSTIC

DIAGNÓSTICO: fastio com arto (C) (SS2.5)

CID-19:

CID-10: Frans Rona @ (DufSE) (552.3)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

REALIZADOS:

Osteointerfero Posa C + D Posa + Posan

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port 356. 51 Ave. Am. no. 100

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Am Bursars on 6/10

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

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

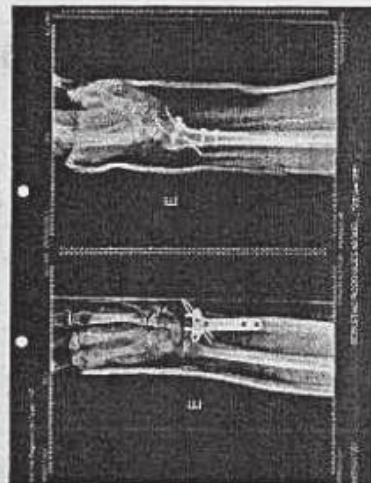
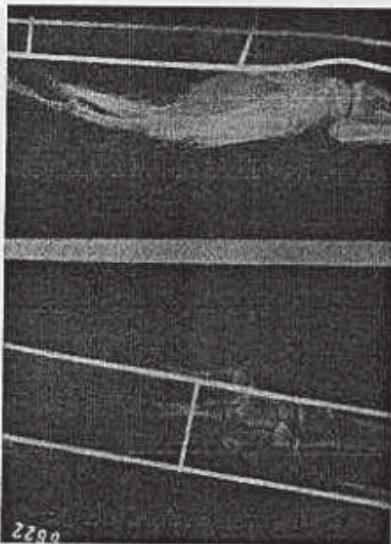
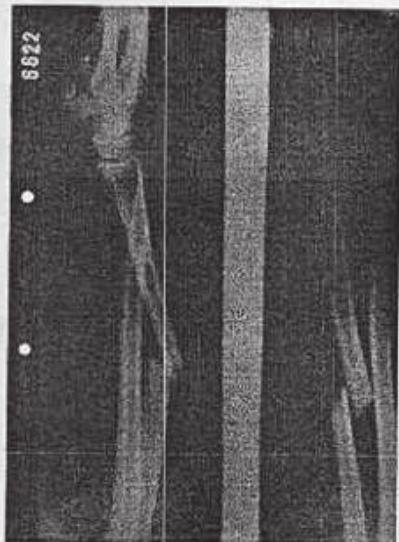
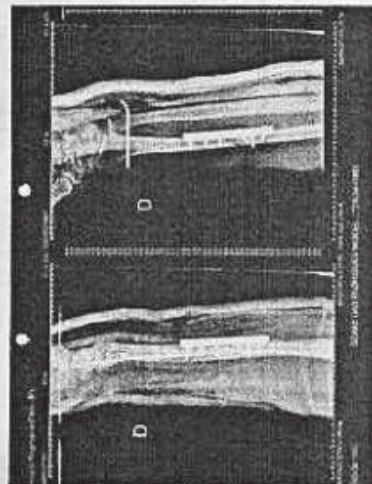
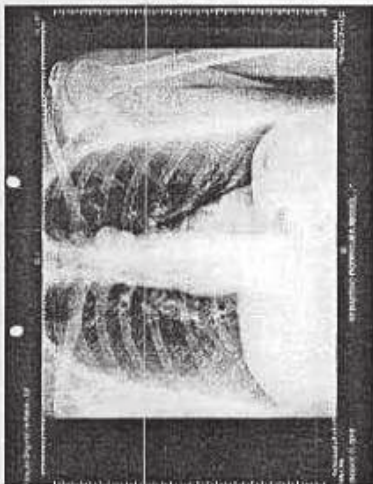
PATOS/PB, 13 DE 04 DE 2019

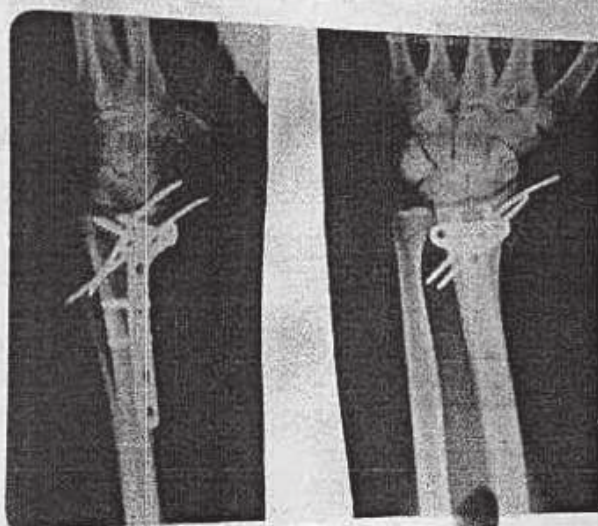
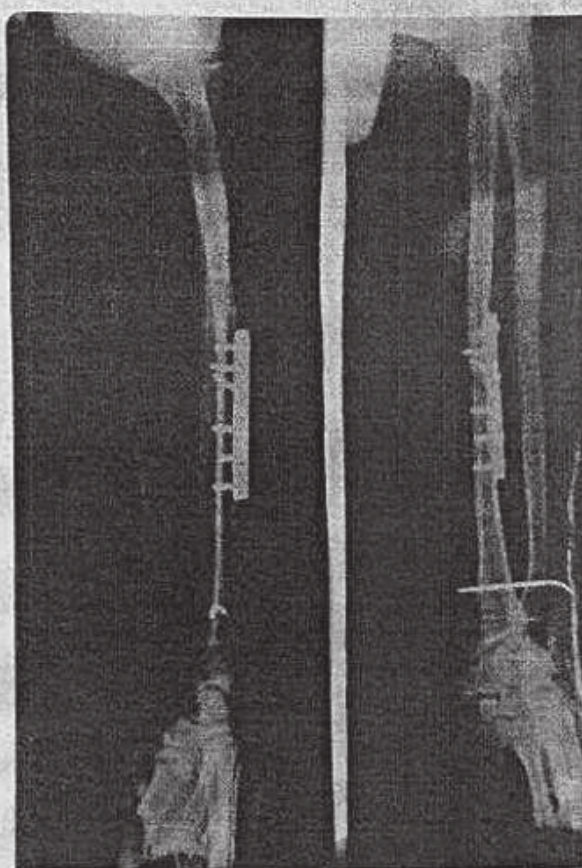
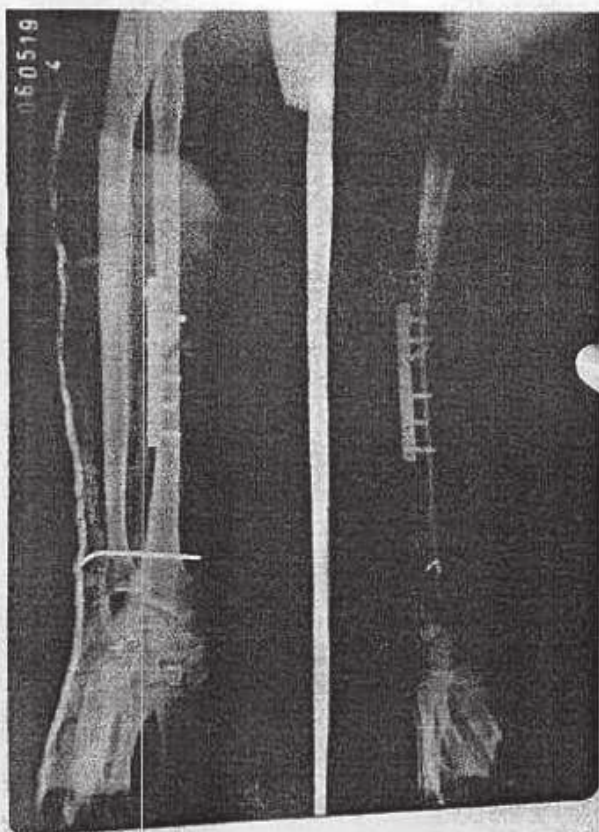
João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia

7457

MEDICO/CRM







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME
SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

LOCALIDADE / DATA DE EMISSÃO
1477865 08P PB

CPF DATA NASCIMENTO
039.396.764-62 23/01/1981

RENASCIMENTO
LUIS CLEMENTINO MIGUEL
RAIMUNDA RODRIGUES
MIGUEL

PERMISSÃO
A/C

Nº PROTESTO
05630117397

VALIDADEZ
17/06/2022

1ª RABUÇAÇÃO
29/10/2012

OBSERVAÇÕES

Sebastião R. Miguel
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CONCEICAO, PB

DATA FIM DO
28/06/2017

41841176709
PB034664670

PARAIBA

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1489042345

PROTESTO PLASTIFICAR
1489042345

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200912356
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 201810000046859

VIA 1 COD. RENAVAM 0108296925-4 PLN.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

CPF / CNPJ 3939676462 PLACA QFM0795/PB

PLACA ANT. / UF PB IOVO 9C2KD0550DR364246

ESPECIE TIPO PB MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/G L

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAF / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 00/00/0000 VENC. COTA UNICA 1º

IPV FAIXA I.P.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) ***** SEGURO IOF (R\$) P A G O 05/09/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

DIAMANTE-PB LOCAL 05/09/2018 DATA

19267 40053

AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200912356 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02/08/2018

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 *****

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 3939676462 PLACA QFM0795/PB

RENAVAM 01082969254 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAF TARI 9 Nº CHASSI 9C2KD0550DR364246

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO COTA A SER PAGADA DO SEGURO R\$ P A G O

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

40053-0847218-20180905

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 03 de julho de 2019.

BENEFICIÁRIO: Sebastião Rodrigues Miguel
CPF: 039 396 764 62

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Sebastião Rodrigues Miguel, portador do CPF: 039 396 764 62.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09



PROCURAÇÃO

Outorgante: Selbatiã Rodrigues Miguel, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Raimundo Rodrigues Miguel nº 511, bairro Centro, Município de Limoeiro, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58.984.000, portador(a) do Rg nº 24.748.65, e CPF nº 039.396.764/62.

Outorgado: Edilmar Rodrigues da Silva, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à
Rua Luís de Figueiredo, nº 22, bairro Centro,
Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep.: 55.720-000
portador (a) do RG nº 56.52.161-1 e CPF nº 039.242.064-09

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Sebastião Rodrigues Nogueira, ocorrido em 02/04/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial.

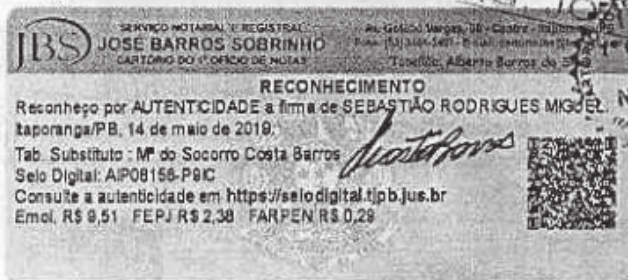
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 14 de Maio de 2019.

X. Sebastião Rodrigues Miguel
Outorgante

CPF Nº 039.396.764.62.....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225590/19

Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

CPF: 039.396.764-62

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL : 039.396.764-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190412462 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. PG. 4,5
FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 26.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MODERADA DO PUNHO 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

