
Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200063411 Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
-----------------------	--

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, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

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\$ 1.687,50
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

Recebedor: **EDJANE FERREIRA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000411339-5**

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



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: 005.1665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keliwenn Ferreira de Sousa

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

5 - Nome completo: Keliwenn Ferreira de Sousa 6 - CPF: 098.231.034-02
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Sítio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 73/98805-6654

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: Edjane Ferreira de Sousa
18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultor

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO 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)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 444339 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

Keliwenn F. de Sousa

Edjane Ferreira de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 005.1665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keliwenn Ferreira de Sousa

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

5 - Nome completo: Keliwenn Ferreira de Sousa 6 - CPF: 098.231.034-02
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Sítio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 73/98805-6654

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: Edjane Ferreira de Sousa
18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultor

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO 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)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 444339 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

Keliwenn F. de Sousa

Edjane Ferreira de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00081.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 03 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
CPF: 000.000.000-00

EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00081.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); **Data/Hora: 07/07/19 12:30h**. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 12/02/2020, à(s) 07:07 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **A DATA CORRETA DO ACIDENTE É: SEIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZENOVE (06/07/2019)**. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

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: 005.1665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keliwenn Ferreira de Sousa

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

5 - Nome completo: Keliwenn Ferreira de Sousa 6 - CPF: 098.231.034-02
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Sitio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 73/98805-6654

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: Edjane Ferreira de Sousa
18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultor

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO 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)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 444339 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

Keliwenn F. de Sousa

Edjane Ferreira de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Prezado Analista,

Favor desconsiderar a opção marcada CERTIDÃO DE NASCIMENTO pois esse documento não apresentado pelo representante legal sendo marcado de forma errônea.

Agradeço sua atenção e aguardo comentários,

A receptora.

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: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000411339-5

Nr. da Autenticação 6A066E5B6C81808C

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para copies pagamento da nota fiscalizante da energia elétrica N° 005.095.785



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - RR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.033.839-1

DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
SIT SAMAMBAIA S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

12/11/2019

CONSUMO

77

VENCIMENTO

20/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 35,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 807900000003548				
Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79				
SIT SAMAMBAIA S/N - AREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000723811	000213947201911	20/11/2019	R\$ 35,48	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para copies pagamento da nota fiscalizante de energia elétrica. N° 005.095.785



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - RR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.033.839-1

DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
SIT SAMAMBAIA S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

12/11/2019

CONSUMO

77

VENCIMENTO

20/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 35,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 807900000003548				
Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79				
SIT SAMAMBAIA S/N - AREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000723811	000213947201911	20/11/2019	R\$ 35,48	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1937370 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: KELWENN FERREIRA DE SOUSA CEP:58115000 Nascimento:23/03/2005

Sexo:M Telefone: 987189546

Endereço:SÍTIO SAMAMBAIA Idade:014 Bairro:ZONA RURAL

Cidade:Puxinanã RG: 4130445 Nº:0

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CPF: 09823103402 Profissão:MENOR

Responsável: Data de Atend:06/07/2019 CNS:706804783446128

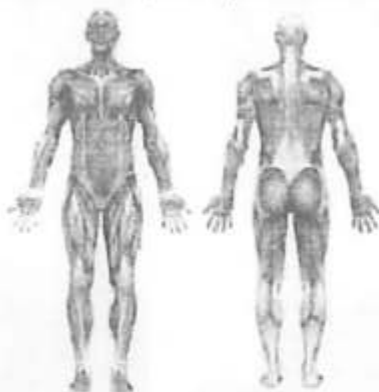
Estado Civil:Solteiro(a) Hora: 13:05:31

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 13:05:31

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Fratura do pé (D)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Transtorno psicológico (D) após evento de morte
An + Depressão An + Depressão

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Yury de Paiva Câmara
MEDICINA DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907



313

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____

()Internação (setor) _____

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia

☐ () Decisão Médica

()Óbito

Edson F. Ferreira de Souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

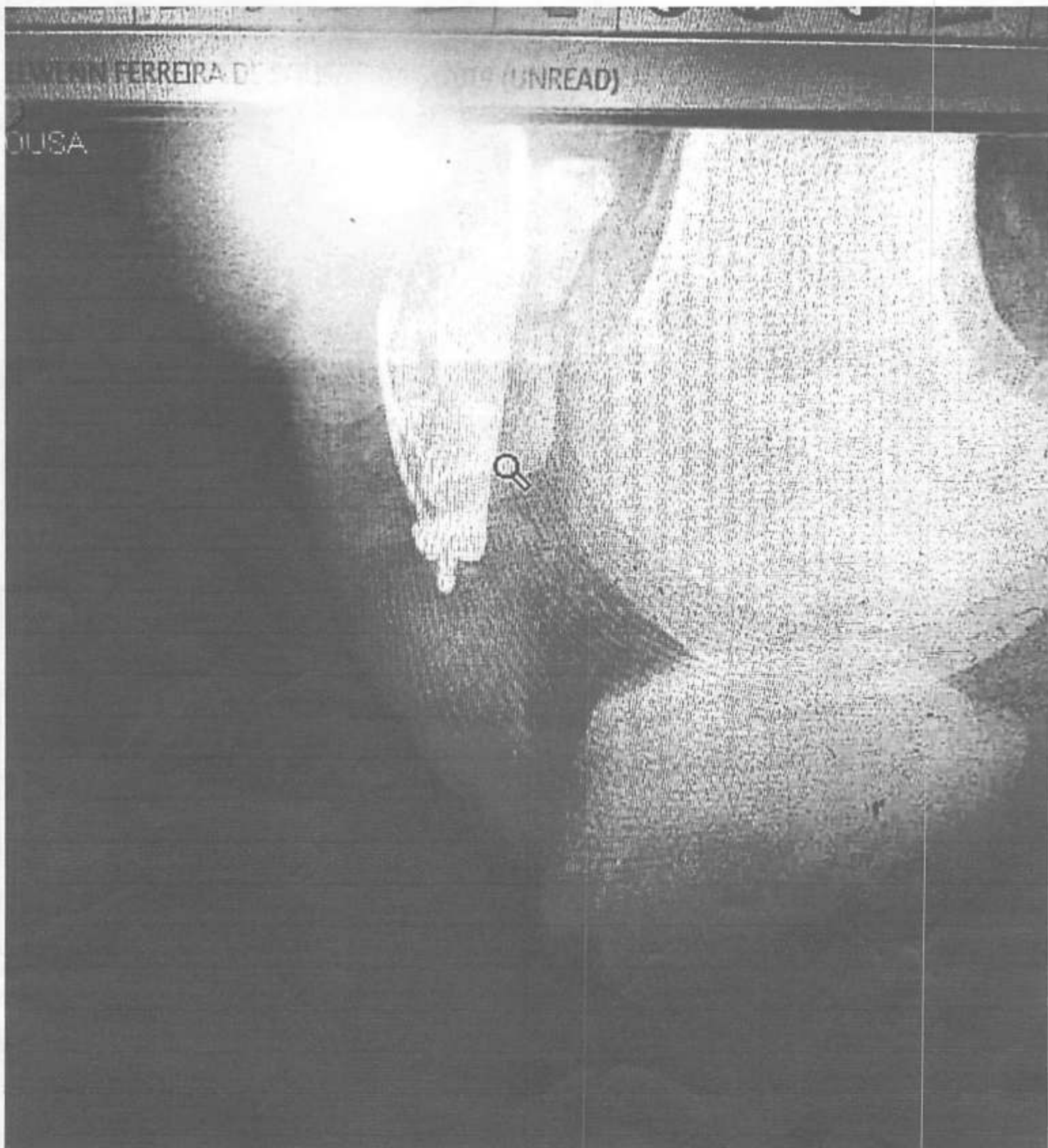
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDAIDE

[illegible]

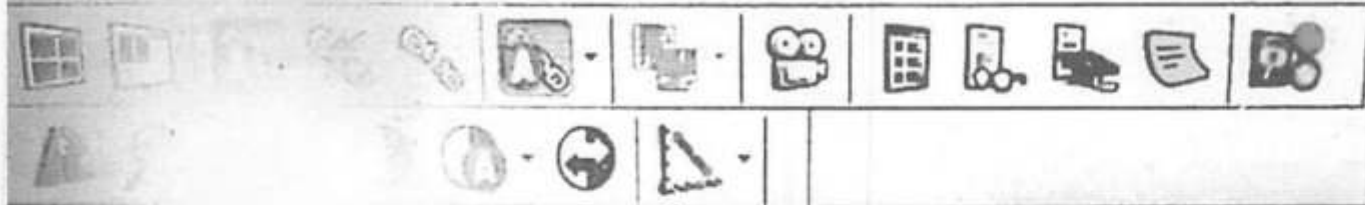


LEON FERREIRA DE... (UNREAD)

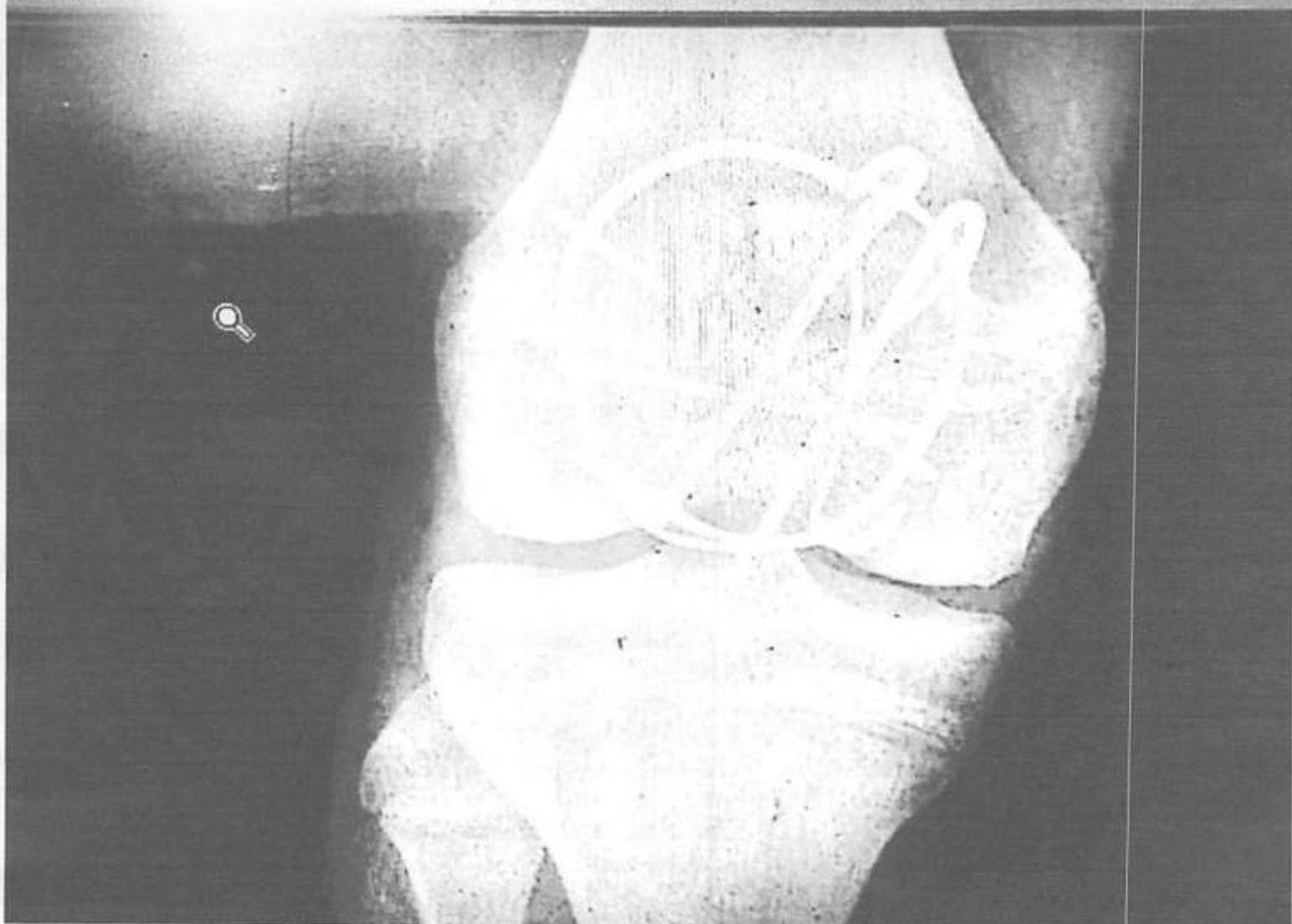
OLISA

ESQUISA, 30/08/2019 (Não lido) - Abnt para leitura

anelas Gráficos Sessões Ferramentas Ajuda



ESQUISA, 30/08/2019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Kelue mm Ferreira de Sousa N 23/03/2005</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
		<i>1,500</i>	<i>14 anos</i>	<i>1937370</i>			
CIRURGIA <i>Pro. Cirurgico e fixação</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Ywhi + Dr. Euler</i>				
ANESTESIA <i>Raque</i>			ANESTESIA <i>Dr. Gemin</i>				
INSTRUMENTADORA <i>Ramon</i>		DATA <i>10.09.19</i>	INICIO <i>10h.00'</i>	FIM <i>19h.20'</i>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.		Calel. p/ O ₂		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
<i>01</i>	Dimore amp. <i>0,2mg</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
<i>01</i>	Mercaina <i>0,3 ml</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca		
	Rapi'en amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>02</i>	Mononylon <i>2-0</i>		
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix		
<i>06</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix		
<i>03</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix		
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0	<i>02</i>	Vicryl Sertix		
<i>01</i>	Flaxidol amp. <i>Ramitidina</i>		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5 <i>Ppx</i>				
	Glicose amp. <i>Musechom</i>		Oxigênio l/m <i>P/min</i>				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml <i>Plex</i>	Qtd.	SOROS		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	<i>9</i>	SG Normotérmico fr 500 ml		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Gelado fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor <i>Lixo/roupa</i>		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Medrotilazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	<i>1</i>	SG fr 500 ml <i>P/Limpeza</i>		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<i>06</i>			
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
<i>02</i>	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	<i>02</i>	<i>F. de brachimmes 2.0</i>		
<i>02</i>	<i>Tenoxicam 20mg</i>		Sonda Uretral n°		<i>1.5"</i>		
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
<i>02</i>	Aguilha desc. 20 x 28 <i>40 x 12</i>		Latex				
	Aguilha desc. 3 x 4.5		<i>Eletrodo</i>				
<i>01</i>	Aguilha p/ raque n° <i>25</i>		<i>Faixa 5m x 1cm</i>				
<i>03</i>	Alcool de Enfermagem		<i>Alg. ortopédico</i>				
	Alcool Iodado ml						
<i>03</i>	Ataduras de Crepon <i>20cm</i>						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

- | | |
|---|---|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ Foco Auxiliar |
| ☒ Serra | ☐ Eletrocautério |
| ☐ Desfibrilador | ☒ Oxícapnógrafo |
| ☒ Foco Frontal | ☐ Cardiomonitor |
| ☐ Fonte de Luz | ☒ Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maniafese

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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

Isabella Ruiz CEM9061

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Kelwenn Ferreira de Sousa	Idade:	14 anos
Convênio:	Sus	Data:	10-09-19
Procedimento:	1º cirúrgico e/fixação de fratura de patela MID		
Cirurgião:	Drº Y W N Y	Auxiliar:	Drº Euler
		Anestesista:	Drº Almor
Início:	10:00	Término:	12:20
		Anestesia	Raque

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista:  CRM 9001

Circulante

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>KELWEM FERNANDA DE SOUZA</i>			IDADE <i>11</i>	SEXO <i>F</i>	COR
DATA <i>10/07/2019</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	UREIA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>EM. PATELA D.</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
<i>NO</i>				<i>77</i>			
AGENTES ANESTÉSICOS						indução Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO	
LIQUIDOS							
VP. ARTERIAL C							
AX. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>NO</i>					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:	
POSIÇÃO							
AGENTES	<i>Forma para a qual, dimensão, ou</i>						
TÉCNICA	<i>RAVIA, qual a técnica</i>						
OPERAÇÃO	<i>Med. Cirúrgica C/ KYP CAD</i>						
CIRURGIÕES	<i>W. K. K. + Y. K. + K. K. K.</i>						
ANESTESISTAS	<i>Alphina</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 148559

DATA DA CIRURGIA: 10/07/2019

Número do Atendimento: 1937394 Clín: PEDIATRIA / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019

Atendimento: 1937394

Diagnostico Pré-Operatório: *Fratura de patela direita*Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 10/07/2019

Equipe:

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: ALMIR COLACO CATAO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO COM FIOS DE KIRSCHNER E CERCLAGEM SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 10/07/2019

Assinatura/Carimbo

Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



410C/L360 1110C

17-12034-1

Artículo de Edición: Everton Da Silva Nogueira

DADOS DO PACIENTE:

Nº do processo: 1937394 Paciente: KILVENS FERREIRA DE SOUSA Idade: 08 Sexo: M

NOTA DO VICE-EDJANE FERREIRA DE SOUZA: *Edição de Novembro 2003 2005* Admissões: 0007/2019

Clinical: PEDIATRIA Enfermagem: 8, Lato: 3 (Anglo-Brasil) LA BOLA & D.

DIN 09/07/2019

MEDICINA ASSISTENTE: EVERLAN DE SILVA MEIRA

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE (liberta 2º ao 4º dia de 00:00h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1 KAN/20, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 KAN/20, 08:00h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E V. LÍQUIDA 100ML/20	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	
7	SE NAUSEA OU VÔMITOS	
8	TRANTODOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, PAPER SE NECESSÁRIO	
9	+ 100ML SF LENTO, 8h/8h	
10	DECBIBITO MUDANÇA	
11	22H	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

DATA:09/07/2019 HORA:07:17:11

BEG. ESTABL. SEM DISTERMIAS

DIRET: + EVACUAÇÕES PRESENTES

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - _____



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019

Data da Alta: 11/07/2019

Registro: 1937394

Tempo de Permanência: -18084

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 10/07/2019

Equipe:

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL - CEFLEXINA + NISULID + FISIOTERAPIA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/07/2019

Assinatura/Carimbo

Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Hallisson Barros De Almeida

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Waldemar Ferreira</u>	Registro:	Leito: <u>83</u>	Setor Atual: <u>Pediatria</u>
Idade:	Sexo:	Cor:	Estado Civil:
Naturalidade:		Profissão:	
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro			
Data da internação hospitalar: ____/____/____		Data da internação no setor: ____/____/____	
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?			
Telefone:		Tem acesso a uma UBS: () Qual:	

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos:	Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia () Alcoolismo () Drogadição () Outros:	
Medicações em uso:	

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local:
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água

Data da inserção do dreno ____/____/____ Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ____/____/____ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

8-3

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Então

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rafaela Wagner Fernandes de Sousa Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros: _____

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE:

PRONTUÁRIO:

Kelwyn Ferreira de Sousa

140000

1937370

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

SAIDA

- ☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SÍTIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
 - CONSENTIMENTO

- ☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SÍTIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

EUROPEAN COMMISSION

- ☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

- ☒
- OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

- ☒
- O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

✓ NẢO

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

✓ NÃO

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

**RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?**

☒ NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- ☒ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?
- ☒ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
- ☒ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

✓SIM

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

☒ SIM

NÃO SE APLICA

- ☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM
- ☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

- ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

Maria José C. Claudino
Téc. Enfermagem
OAB-PR 350741

Assinatura

GOVERNO
DA PARÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937394 Paciente: KEIWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA Data de Nascimento: 23/03/2005 Admissão: 06/07/2019

Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX PATELA D

DIA 07/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cel
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	SA 12/06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	SA 20/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	SA 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SIN
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SIN
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	ca
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

EVOLUÇÃO

DATA: 07/07/2019 HORA: 09:07:46

ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO HÁ 2 HS,
COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO E INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO MEMBRO.
RAIO X EVIDENCIA FRATURA DE PATELA DIREITA COMINUTIVA.
NEGA ALERGIAS OU HAS OU DM2.

CD:VPM

ASSINATURA E CARIMBO
Wagner De Melo Falcão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.130.445 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/04/2014

NOME
KELWENN FERREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO
EDNALDO SIMÃO DE SOUSA
EDJANE FERREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE-PB 23/03/2005

CPF ORDEM
098 231 034-02

CERT. NASC. Nº0011495 - LIV.00011 - FLS.095 - CARTORIO
PUXINANA/PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 09/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234





Kelwenn F. de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		30/08/2018	
REGISTRO GERAL	2.746.556	-2 VIA	EXPIRAÇÃO
RENOME	EDJANE FERREIRA DE SOUZA		
FILIAÇÃO	EDVALDO ALVES DE SOUZA EDILEUZA FERREIRA DE SOUZA		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB		
DATA DE NASCIMENTO	18/04/1982		
DOC ORIGEM	NASC.N.3787 FLS.185 LIV.A-4 CARTORIO PUXINANA-PB		
CPF	044.655.744-79		

Edjane Ferreira de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		V-02 P-094	
ESTADO DA PARAIBA		SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA		EXERCÍCIO DE FUNÇÃO	
			
<i>Edjane Ferreira de Souza</i>			

DENATRAN

DETTRAN - PB

Nº 7/86585627

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - Cód. FISCAL - 20122000004180-6 EXERCÍCIO

1 88848294-9 00/00000000 2012

NOME

RAIMUNDO PEDRO VICENTE

CPF / CNPJ

84065745420

PLACA

MNK5037/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO

PB

9C2KC08106R938639

CHASSI

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.

2006

ANO MOD.

2006

CAP. POT. / CL.

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

1 IPVA ISENTO

00/00/0000

VEIC. COTA ÚNICA

1º

VEIC. / COTAS

2º

V - PLACA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

A - PREMIO TOTAL (R\$)

0

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO P A G O 30/07/2012

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO

0

ESPERANCA - PB Local

DATA

38903

31/07/2012

14761

Rodrigo Aguiar de Castro Costa
Diretor Administrativo - Detran/PB

PB Nº 7/86585627

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CPF / CNPJ

84065745420

PLACA

MNK5037/PB

EXERCÍCIO

2012

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 7/86585627

EXERCÍCIO

2012

DATA EMISSÃO

31/07/2012

VIA

1 84065745420

CPF / CNPJ

EXERCÍCIO

2012

DATA EMISSÃO

31/07/2012

RENAVAM

88482949 GAS

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

PLACA

MNK5037/PB

ANO FAB.

2006

CT. TRF

9

CPF / CNPJ

9C2KC08106R938639

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

PLACA

MNK5037/PB

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL SEGURO (R\$)

QUINTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL SEGURO (R\$)

S - COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DATA DE EMISSÃO

30/07/2012

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

14761-0825221-20120731

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 12 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4



EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Noticiante

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063411 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER/CERCLAGEM P.6,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**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 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: 3200063411 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER/CERCLAGEM P.6,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051665/20

Número do Sinistro: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

CPF: 098.231.034-02

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

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