

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**

Nº Sinistro: **3180345622**

Vitima: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180345622**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13154638



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**
Nº Sinistro: **3180345622**
Vitima: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**
Data do Acidente: **02/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180345622**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 132.12414



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sinistro: 3180345622
Vítima: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
Data do Acidente: 02/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180345622** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Carta nº 13339936

A/C: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180345622 ASL-0274355/18
Vitima: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
Data Acidente: 02/05/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

037.023.304-11

Nome completo da vítima

Zilda Pereira Baines Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Zilda Pereira Baines Gomes		CPF titular da conta 037.023.304-11	Profissão Aux. Serviços Gerais
Endereço Rua Dr. José Vicente Leite		Número 36	Complemento
Bairro São Francisco	Cidade Cajazeiras	Estado Paraná	CEP 58300-000
Email unvsnrnatcz@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 99813-1266	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 040

D/V

CONTA

NRO. 038950

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Cajazeiras, 05 de setembro de 2018

Local e Data

11 SET. 2018

Zilda Pereira Baines Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



11 SET. 2018

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAJAZEIRAS
DATA: 05/09/2018 HORA: 09:39:47
TERMINAL: 00401219 CONTROLE: 004012190206

AGÊNCIA: 0040 - CAJAZEIRAS
CONTA: 013,00038950-1
CLIENTE: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
28/08	

IMPAGAMENTOS DEPOSITADOS

11 SET. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 037.021.304-11	Nome completo da vítima Zilda Pereira Bares Gomes
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Zilda Pereira Bares Gomes	CPF titular da conta 037.021.304-11	Profissão Aux. Serviços Gerais	
Endereço Trav. Dr. José Vicente Leite	Número 36	Complemento	
Bairro São Francisco	Cidade Carapicuíba	Estado Pernambuco	CEP 58.900-000
Email unadruatcz@hotmail.com	Telefone (DDD) (83) 99813-1266		
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 040 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 038950 D/V 1 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

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

Carapicuíba, **17** de **Julho** de **2018**
Local e Data

Zilda Pereira Bares Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



27 JUL. 2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180345622
Nome do(a) Examinado(a): Zilda Pereira Barros Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Tv Dr Jose Vicente Leite, 36
Centro Cajazeiras PB CEP: 58900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2151107
Data local do acidente: [02/05/2018]
Data local do exame: [31/08/2018] Cajazeiras [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/05/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DA TÍBIA DIREITA COM USO DE PLACA EM L 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS NO DIA 10/05/2018, RECEBEU ALTA APÓS 5 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO E DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO E USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO
Data da Alta: 15/05/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA PERNA DIREITA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50°, COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA EM 2,5 CM, SINAIS DE SINOVITE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO MODERADA E USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

**ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA PERNA DIREITA EM 2 CM
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50° COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA EM 2,5 CM
SINAIS DE SINOVITE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II**

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() "Sem seqüela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 328/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: 02.05.2018 HORÁRIO: 09H00 APROXIMADAMENTE
Data de notícia do fato a Depol: 08.05.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA.

NOTIFICANTE: FABIANO DA SILVA ALVES, brasileiro (a), natural de Cajazeiras -PB, aux. Serviços gerais, nascido (a) em 22.10.1986, união estável, filho (a) de José Alves da Silva e Ilzete da Silva Alves, residente na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, bairro São Francisco - Cajazeiras - PB. RG 4.203.758 SSP PB

VÍTIMA: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, brasileira, união estável, nascida em 05.10.1972, natural de Cajazeiras-PB, filho de Bernardo Barros de Souza e Berenice Pereira de Barros, residente a residente na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, bairro São Francisco - Cajazeiras - PB.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE em 02.05.2018, por volta das 09h00 aproximadamente, a vítima ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, conduzia o veículo HONDA/CG125 FAN KS, VERMELHA, ANO FAB/MOD 2009/2010, PLACA NQE6780/PB, CHASSI 9C2JC4110AR548107, RENAVAL 0018408536-5, MATRICULADA EM NOME DE IRANILDO BEZERRA DA SILVA TRAFEGAVA NA RUA PROFETA JOAO ALVES, QUANDO PASSOU SOBRE UM BURACO NO ASFALTO, VINDO A PERCER O CONTROLE E A CAIR; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA AO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS - HRC, QUE SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA, SENDO NECESSÁRIO INTERVENÇÃO CIRURGICA, A QUAL SERÁ REALIZADA, E TRAUMAS PELO CORPO. DIANTE DESTES FATOS VEIO A ESTA DEPOL REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 08 de MAIO de 2018.

X *Fabiano da Silva Alves*

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

27 JUL. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Zilda Pereira Barros Gomes

CPF da Vítima

037.023.309-11

Data do Acidente

02/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

luisdpvat@hotmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(83) 984155835

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Cajazeiras-RN, 17 de julho de 2018

Local e Data

Zilda Pereira Barros Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**SAMU
192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O FUTURO SE FAZ AGORA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA

/ USB

01

DATA 02/07/18	HORA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO Zilda Pereira Gomes	IDADE 46	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua - Unidade 0001 (Jardim)		BAIRRO Centro		MÉDICO REGULADOR Rochelene	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRE <input type="checkbox"/> CIPTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:					
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HCC RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSPARÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SF + Sifonone + Acetaminofeno 27 JUL. 2018

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm/PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
P.A.: 10x80 FC: FR: 86 TEMP: _____ °C - GLICEMIA _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: _____ SoO2c/O2: 93

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Temorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Vitruvo, ob. queda do escudo, refere dor intensa em
período direito. Removida ao HCC
18/5

VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPEFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTIMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

Protocolo

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

27 JUL 2018

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Lucia Rohin COREN: 28.855 MAT.: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Isabela COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Servino MAT.: _____

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 005.422.485



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-400
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
TRAV DR JOSE VICENTE LEITE 36
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/205080-5

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

128

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,69

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Roteiro: 13-212-185-3680

83640000000-3 88690054000-8 02050802018-5 04700212019-5

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,69

MATRÍCULA

205080-2018- 04-7



27 JUL. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leanissa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 200877.21400 data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Rodolfo de Plencar</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Cayazeiras</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-12-66 / 99415-58-35 / 98190-85-27</u>
E-mail	<u>veraxspwatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

27 JUL. 2018

Local e Data: Cayazeiras - PB 12/06/2018.

Assinatura do Declarante: Leanissa Evelyn Araújo Ferreira

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rollato para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 008.005.544



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50711-630
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Ins. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

15/06/2018

CONSUMO

220

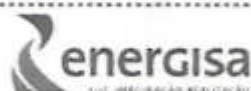
VENCIMENTO

22/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,56

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/06/2018

VENCIMENTO

22/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,56

MATRÍCULA

80691-2018-06-6

27 JUL 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Zilda Pereira Barros Gomes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 037.021.304 / 11, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Zilda Pereira Barros Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.021.304 / 11, 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		Número	Complemento
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR		331	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	CAJAZEIRAS	PARAIBA	58900-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
verasdpmatcz@hotmail.com		(83) 99813 1266	(83) 99415 5835

CAJAZEIRAS -PB, 26 de julho de 2018
Local e Data

Larissa Evelyn Araújo Ferreira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Iranildo Bzeira da Silva
portador do RG: 273681382, data de expedição 14 / 10 / 2013
órgão expedidor Detran / PB, CPF: 179 . 054 . 908 - 166
com domicílio na cidade de Cayazeiras, no estado de Paraná
onde resido na trav. Dr. José Vicente Wente
número 36, complemento das Francescas

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, Zilda Pereira Baurios Gomes cujo condutor era Zilda Pereira Baurios Gomes VEÍCULO: Honda CG 125 FAN KS

ANO: 2009

MODELO: 2010

PLACAS: NQE6780 / PB

CHASSI: 9C2JL4110AR548107

DATA DO ACIDENTE: 02 / 05 / 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018

Capazema - PB 26/07/2018
Local e Data

Local e Data

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

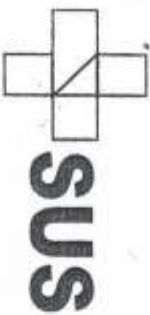
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

CARTORIO DE 1º OFICIO "DIMAS ANDRIOLA".

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: IRANILDO
BEZERRA DA SILVA, CONFERIDO (). DOU FÉ.
CAJAZEIRAS - Paraíba, 26/07/2018.

RENELITA DA ROCHA MOREIRA
Selo Digital de Identificação Tipo Normal B-AHH18743-43BU
Confira os dados do selo em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 2,27

do de R. Massia
ESCREVENTE
AUTORIZADA



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CALAZEIRAS
CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0020-23
ENDEREÇO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N
MUNICÍPIO: CALAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

PACIENTE

NOME: Zilda Pereira sexo: F IDADE: 46
PROFISSÃO: Doméstica DOCUMENTO:
ENDEREÇO: Rua Vicente de
MUNICÍPIO: Calazeiras ESTADO: Paraíba
CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 5503201 CNS:
DATA DO NASCIMENTO: 05/07/72 DATA DO ATENDIMENTO: 02/05/18

SSVV

PESO: ALTURA: TEMP:

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Atividade muscular (MM) com dor no ombro e joelho

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados no laboratório

RESULTADOS

SAV 09:29
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
1. Injeção de Dor + AD 5V (09:50)
2. Injeção de Dor + AD 5V
3. Injeção de Dor + AD 5V
4.

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- ☒ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Atividade muscular

DIAGNÓSTICO:

Prejuízo do polegar do membro superior direito

CID-10

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-1013101101610110101
2-1013101101010110101
3-1013101101010110101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

Dr. Patrícia Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21551/08787561

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



SUS

Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

Zilda Pereira Gomes

1805179

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC. ☐ 1

9 - SEXO

FEM. ☒ 3

116017718181215151100018

05/01/1972

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Vicente Figueiredo, n° 36, Bairro São Francisco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

55370

15 - UF

PB

16 - CEP

55990000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente com fraturas (SIC) com dor, deformidade e crepitação no joelho D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessidade de fracionamento

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Aos anexos exames físicos e Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

27 JUL. 2018



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

Nome Erl da Graça Gomes N.º 1

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 161017171818125151110101018

Data Nascimento 05 / 10 / 1972 Residente à (Rua, Av.) Travessa Wi-

cente Beito, 36 N.º 36 Bairro São Francisco

Cidade Cajazeiras UF PB Segurado ou Dependente Fale-

cido Grau Parentesco namorada :

no qual dou fé

Cajazeiras, 02 / maio 2018

Grazela
Funcionário Responsável

Paciente Responsável

27 JUL. 2018

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: E. do Perito Filho de: Benedito
_____ e de Benedita Benedita de Souza
Residência: Imunidade Universt. R. A. B. Idade: 45
Cor _____ Sexo: Feminino Estado Civil: Desquitado
Naturalidade: Paraíba Profissão: Trabalha
Internado em 02 de Junho de 2018

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

- História de perfuração (SIC) com dor
e impotência funcional em Joelho
(D)

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

27 JUL. 2018

Diagnóstico:

fratura do pl. t. fibia (D) -

Dr. Palomirino Mendonça
Ortopedia e Traumatologia



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Cor: _____ Enfermaria: 111 Leito: 115 Categoria: _____

[illegible]

27 JUL. 2018

[Handwritten signature]

[illegible]

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Name Gina Pina

Idade

Enf. 111

Leito 01

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
12/07/18	08:15	Paciente evolui com estado consciente, verbalizando corretamente no leito, elimi- nações vesicais e intes- tinais presentes, não apresenta queixas no mo- mento. Segue aos cui- dados da equipe.	36,4	80	20	140 x 80
12/07/18	9:00	Alto Hospitalar				

27 JUL. 2018

27 JUL. 2018

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Zilda Pereira

Idade _____

Enf. _____

Leito _____

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
08/05/18	08h00	Paciente acordou, hipotensão, hipocócata, xeflexil, repere fortunas, pegue aos cuidados da equipe flaua.	36.5	78	20	120x80
	12h00	Iniciada 1ª bolsa de concentrado de hemácias Ot, 291ml, bolsa num. 604230 33498				
	13h00	2ª bolsa de concentrado de hemácias -				
	18h00	SSV - flaua	36	78	18	110x80
09/05/18	8:00	SSVU —————	36	78	20	110x80
		Paciente calma, consciente, verbalizando, acerta dieta. Eliminações presentes. Se que cuidados de enfermagem. 2				
09/05/18	18:00	SSV —————	36.5	80	20	120x80
		Paciente consciente, orientada, verbalizando, nestita ao lado, aceto dieta, eliminações presentes e normais. segue aos cuidados da equipe. 2				
	19:00	SSV —————	36.5	79	20	120x80

27 JUL. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Zilda Pereira Enf.: 245 Leito: 1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
08-05		Paciente acordou em sala de operatório. Em ECG, compen- to, orientada, instalada no leito, normotensa e afável. Resposta direta. Sono e repouso preservados. Eliminação sem fisiologias presentes. Nega DM e sendo HAS. No momento sem queixas. <div style="text-align: right;">Antonia A. Pinheiro Enfermeira COREN 0765802</div>
09-05		Paciente evolui consciente, orientada, afável, eupneica, orionética, oriclínea aceto sheto - sono repouso preservado. Segue o Condado Jo.
10-05-18	13:00	Paciente evolui consciente, orientada, verbalizando, ausente ao leito, afável, normotensa, normocardiaca e repouso pres- ervado, aceto sheto, eliminação fisiológicas presentes (CUD) segue em uso de AVE as atividades da rotina. <div style="text-align: right;">Graziella Cora 486-235</div>
12-05-18		Paciente evolui em sala de internado, normotensa, af- ável, resposta direta. Eliminação fisiológicas pre- sentes. Nega DM sendo HAS. No momento sem queixas. Recebeu alta hospitalar desta data 11-05-18. Mas só saiu do dia de uso 12-05-18. <div style="text-align: right;">Antonia A. Pinheiro Enfermeira COREN 0765802</div>

27 JUL. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.

[illegible]

		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Zilene Pereira Gomes</u>				IDADE <u>76</u>	SEXO <u>F</u>	COR	
DATA <u>09/05/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>140x80</u>	PULSO <u>88</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
AP. RESPIRATÓRIO <u>OK</u>						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA				
ESTADO VENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO				
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO			
						Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____			
						Laringo Espasmo: _____ Lenta. _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
QUÍMICO						MANUTENÇÃO			
						Cefazolina 2g			
						27 JUL. 2018			
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
						Não Por Que _____			
						DESPERTAR			
						Reflexos na SO _____			
						Obstr.: _____ CO _____ Excit.: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
						Com Cânula _____			
						Para o Leite: Sim _____ Não _____			
						CONDIÇÕES: _____			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	A. 91 B. 20 C. 5								
ANOTAÇÕES									
AGENTES	A. Mafus-01 B. Buperansio Duplamente 20 C. Mafus-01								
TÉCNICA	Respiratório com cânula laríngea, pressão positiva, O2 100% CÂNULAS								
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES	Pedro Paulo								
ANESTESISTAS	A. Mafus-01 B. Buperansio Duplamente 20 C. Mafus-01								
OBSERVAÇÕES	Medico - Anestesiologista CRM/PB 6597								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDAS SANGÜÍNEAS			

Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE S200 L40 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



27 JUL. 2018

SID mm

11:03 AM
5/2/2018

Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE 5:200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



AP

SID mm

27 JUL. 2018

11:06 AM
5/2/2018

Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

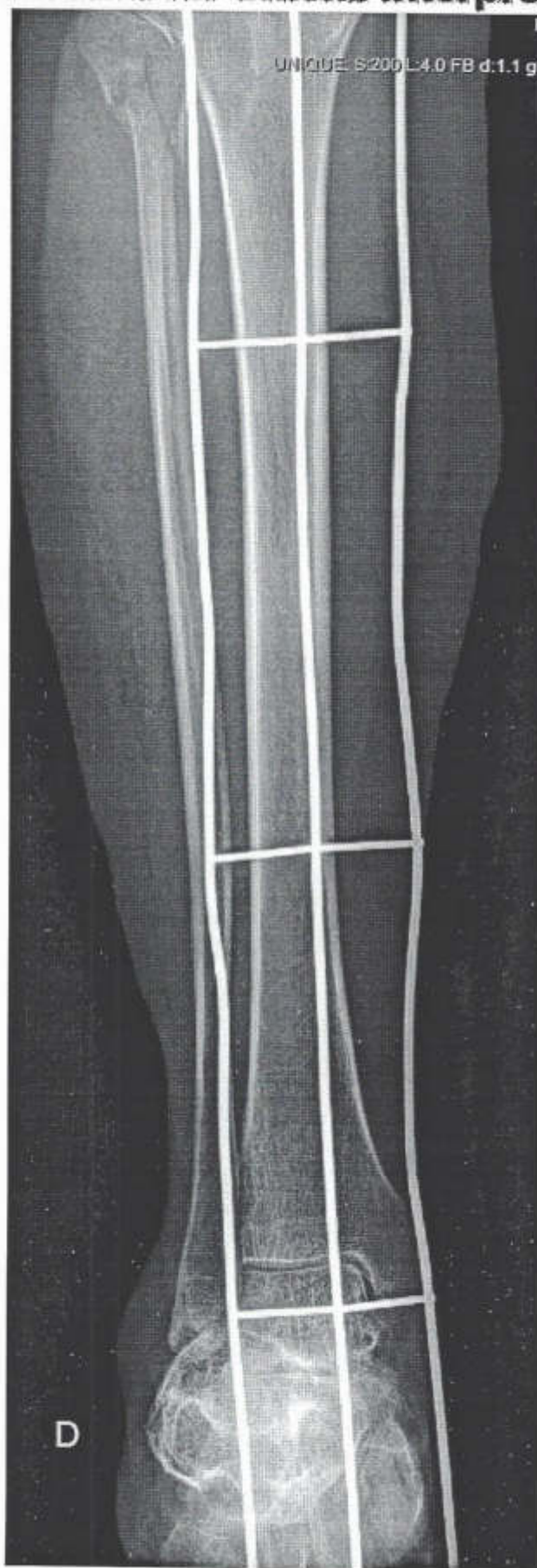
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE S200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



27 JUL. 2018

SID mm

11:05 AM
5/2/2018

Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L4.0 FB d:1.1 g 2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



27 JUL. 2018

SID mm

11:07 AM
5/2/2018

NOME: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONCA
CPF: 037.021.304-11
RG: 2.151.107
DATA: 05/05/2018

TOMOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA

- Exame de Tomografia Computadorizada de joelho, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO

- Fratura cominutiva do platô tibial e terço proximal da fíbula.
- Tala gessada.
- Aumento de partes moles.
- Pequeno derrame articular do joelho direito.



DR. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM -5227 PB

NOTA

As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

27 JUL. 2018

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

V-02
P-040




Zilda Pereira Barros Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.151.107 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2014

NOME ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

FILIAÇÃO BERNARDO BARROS DE SOUZA
BERENICE PEREIRA DE BARROS

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 05/10/1972

DOC ORIGEM CASAM N. 4136 FLS. 224 LIV. B15
CARTORIO CAJAZEIRAS-PB

CPF 037.021.304-11

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
037.021.304-11

Nome
ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Nascimento
05/10/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
DC6A.F212.9ABA.8C6D

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:18:55 do dia 12/11/2014 (hora e data de Bra
dígito verificador: 00

27 JUL. 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Zilda Pereira Barros Gomes
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2.154.107
CPF: 037.024.304-11
Profissão: autônoma
Endereço: trav. Dr. José Vicente Leite, 36, Cajazeiras - PB.

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Renê da Rocha Moreira
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

Zilda Pereira Barros Gomes
Cajazeiras, 16 de maio de 2018.

Zilda Pereira Barros Gomes
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180345622 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA PERNA DIREITA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50°, COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA EM 2,5 CM, SINAIS DE SINOVITE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO MODERADA E USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

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: 24/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000038950-1

Nr. da Autenticação C2BCD3B162D565EA