
Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190314833

Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833

Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833 **Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA**

Data do Acidente: 25/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190314833

Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000047533-9

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

NP do sinistro ou ASL: 0155868/19	CPF da vítima: 760.673.274.49	Nome completo da vítima: Sanche Virginio de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012		
Nome completo: Sanche Virginio de Silva		
Profissão: Comerciante	Endereço: R. Globo	CPF: 760.673.274.49
Bairro: Je. Freitas	Cidade: Santa Rita	Número: 310
E-mail:	Estado: PA	CEP: 38800000
		Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3934** CONTA: **47533** **9**

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Santa Rita 09/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sanche Virginio de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA
POUPANÇA



603689 0010 54100 5633

SANDRA VIRGINIO DE BARROS

1914 013 00047533-9 11/20 678



débito

**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: 3190314833
Nome do(a) Examinado(a): Sandra Virginio da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): O Globo, S/N
Municípios Santa Rita PB CEP: 58303-385
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1513228
Data local do acidente: [25/11/2018]
Data local do exame: [17/06/2019] Joao Pessoa [PB]

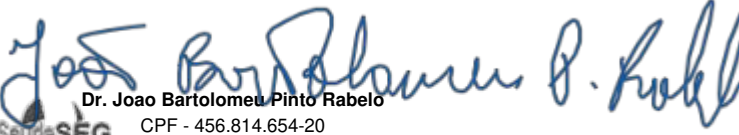
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 30/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO JOELHO ESQUERDO MEDIAL E POSTERO-MEDIAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.
- 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:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00104.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00104.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 06 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Sandra Virgínia da Silva, CPF nº 760.673.274-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Comerciante, filho(a) de Cecília Soares Rodrigues e Sebastião Virgíneo de Barros, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 24/12/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) O Globo, Nº S/N, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Fórum, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98765-6479.

Dados do(s) Fatos:

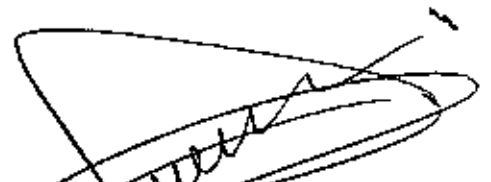
Local: Próximo a Delegacia de Santa Rita, Delegacia, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/11/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

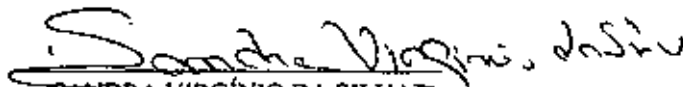
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante compareceu nesta delegacia juntamente com a sua filha PRISCILLA RAFAELE VIRGINIO SOARES, portador do CPF nº 101.852.954-36, que na ocasião do acidente pilotava o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI, de cor vermelha, ano e modelo: 2015 DE PLACA: QFH 3599/PB, CHASSI Nº 9C2KC1680FR219935; registrado em nome de Eduardo Gomes de Araújo, amigo da notificante; QUE segundo a notificante a sua filha pilotava o veículo acima citado, quando a moto veio a derrapar, vindo a notificante com a sua filha a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 26.04.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,1

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade, Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


SANDRA VIRGÍNIO DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 00104.01.2019.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

055868/19

CPF da vítima:

760.673.274.49

Nome completo da vítima:

Samuel Virgínia de Silva

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

Nome completo:

Samuel Virgínia de Silva

CPF:

760.673.274.49

Profissão:

Comerciante

Endereço:

R. Globo

Número:

310

Complemento:

Bairro:

Je. Prata rua

Cidade:

Santa Rita

Estado:

PA

CEP:

58800000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3934

CONTA:

47533

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nasceu (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

09 maio 2019

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 5/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1124839



Identificação do paciente					
ID 1349103	Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Sexo Feminino	
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 112492	
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES			Pai SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS		
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094097	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Cns			
Local de procedência CENTRO / SANTA RITA			Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade SANTA RITA		CBO/R		
Endereço					
CEP 58300000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GLOSO		
Número 21	Complemento TIBIRI		Bairro CENTRO		
Admissão					
Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira 1000005158583		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco			Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Data do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA					Tempo 01 min 02 seg

Imprimir

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000047533-9

Nr. da Autenticação F3BF188DA882758B

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: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000047533-9

Nr. da Autenticação 5CDE2B2651ECAB50

ROGERIO REBORETO DA SILVA
CNPJ 08.000.083/0196

Endereço: RUA DE ABRIL, 100
Cidade: Foz de Iguaçu, Paraná
Estado: PR, CEP: 85800-000
Telefone: (41) 3333-3333
E-mail: rogerio@reboreto.com.br

ENERGISA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

EP - CEN - FAV

Mar / 2019

14/03/2019

12/04/2019

288 403 554 47

UC (Unidade Consumidora)

511215633-7

Canal de contato

Com a nova central de atendimento ao cliente, o consumidor pode
seguir pelo canal de atendimento e qualquer
problema será resolvido rapidamente.
Este é o canal de atendimento ao cliente e coleta de dados.



Apresentar

Consumo

Consumo

Consumo

Data

Local



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

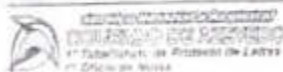
Eu, EDUARDO GOMES DE ARAÚJO
RG nº 3709338, data de expedição 30/09/2018
Órgão SSP/RB, portador do CPF nº 104.355.164-92
com domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NILO RECANHA, nº 38
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SANTINA VIRGÍNIO DA SILVA, cujo o condutor era
PASCILLA RAFAELE VIRGÍNIO SOARES
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: BMW G650 FAN (571) Ano: 2015
Placa: QFH-3509 Chassi: 9C2KCS690FB210935
Data do Acidente: 25/11/2018

Local e Data: SANTA RITA, 27 de MARÇO de 2019.

Eduardo Gomes de Araújo
Assinatura do Declarante

Pascilla Rafaela Virgínio Soares
Assinatura do Condutor

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



Rua São João, nº 17 - Centro
Cep: 46200-100
Bomfim, PB, 5229-2250
Santa Rita - Paraíba
CNPJ nº 06.916.528/0001-22





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Sandra Virginio da Silva
DATA DE NASCIMENTO 24/12/72
NOME DA MÃE Cecilia Soares Rodrigues

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112492
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1124839
DATA DO ATENDIMENTO 25/11/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto (sic) com queixa de dor em ombro e joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx ombro e joelho E

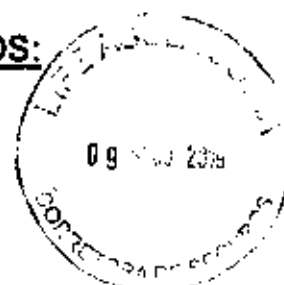
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo com consolidação viciosa

ALTA HOSPITALAR: 06/01/19
DATA DA EMISSÃO: 26/04/19



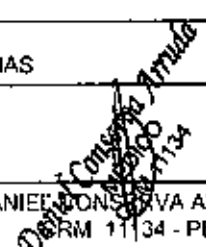
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Documento de Alta

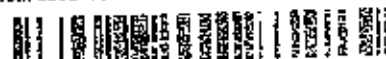
Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Número Prontuário: 112492
Data de 24/12/1972	Sexo: Feminino	Data de Internação: 25/11/2018 21:47:51	Data de Alta: 06/01/2019 08:14:17
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resultado de Exames: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Tratamento: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS			

Data: 06/01/2019


DANIELA CONSUELA ARRUDA
CRM 11134 - PB

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1124839



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1348103	SANDRA VIRGINIO DA SILVA	Feminino
Data de nascimento	Estado civil	Religião
24/12/1972	45 anos 11 meses 1 dia	Católica
Mãe	Pai	
CECILIA SARES RODRIGUES	SEBASTIAO VIRGINIO DE SAES	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel	DDD Fixo	
83	585094097	
Tipo documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)		
Local de procedência	Tipo	UF
CENTRO / SANTA RITA	BAIRRO	PB
Email	CBO/R	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58300000	SANTA RITA	PB	GLOBO
Número	Complemento		Bairro
21	TIBIRI		CENTRO

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
25/11/2018 19:30:27	1000005158583	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Vem de ambulância
Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Rota X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos:
Paciente vítima de queda, queixa-se de dor no ombro e joelho esquerdo.

Diagnóstico

Atendida por
CLIMA VIEIRA DA SILVA

Rita de Cássia A. da Silva
Enfermeira
COREN/PB 484.130

Imprima

Tempo
01 min. 02 seg

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SANDRA VIRGINIO DA SILVA		BAE 1124839	Data/Hora Entrada 25/11/2018 19:30:27	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 45a 11m 1d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988094097
Mãe CÉCILIA SARES RODRIGUES				Prontuário
Endereço GLOBO, 21 - TIBIRI		Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO		Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2018 19:30:27			Data/Hora Prescrição 25/11/2018 19:49:02	

anamnese

vítima de queda de moto (sic). queixa-se de dor no ombro e joelho esquerdo. nega dor torácica e abdominal.

cetoprofeno 100 mg IV

conduta - solicito raio x do ombro e joelho esquerdo.

parecer da ortopedia

alta da cirurgia geral aos cuidados da ortopedia

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

SANDRA VIRGINIO DA SILVA

 Gilson Marcelo P. de Melo
 Cirurgião Geral

 GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
 (3448/PB)


POSTO I B
Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSO - PB, 11111111
Tel:
CNES: 454547

Paciente SANDRA VIRGINIO DA SILVA	BAE 1124839	Data/Hora Entrada 25/11/2018 19:30:27	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 45a 11m 2d	Sexo Feminino	CNS
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES			Telefone de Contato (83) 988094097
Endereço GLOBO, 21 - TIBIRI	Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 6229/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2018 19:30:27		Data/Hora Prescrição 25/11/2018 21:38:02	
anamnese PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM JOELHO ESQUERDO + OMBRO ESQUERDO CV PRESERVADO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO FX = FRATURA DE PLANALTO TIBIAL CD: INTERNAÇÃO + TC JOELHO			
DIETA DIETA LIVRE, VIA ORAL			
MEDICAÇÃO AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H Diluir DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N) Diluir ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H APTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU S>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0) SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0) SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H Diluir CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN) Diluir TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,2 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)			
CUIDADOS Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 25/11/2018 19:31:20 CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)			

SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TALA INGUINOLALEOLAR - COLOCAR APÓS TC DE JOELHO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

GLICOSE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

CREATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

IONOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO ANTES DE COLOCAR A TALA)

Conduta

Internar Paciente

SANDRA VIRGINIO DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

Dr. Heisenberg Almeida
CRM 10.123/2013

25 MAR 2018
0229/PB





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. DRETTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445385 - Tel.: 8332.165700Impressão por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 26/11/2018 07:04:59

Nome SANDRA VIRGINO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1124839	Data/Hora Entrada 25/11/2018 19:30:27	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 45	Sexo Feminino	CNS 112492
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 25/11/2018 19:30:27	Data Internação 25/11/2018 21:47:51	Permanência na Unidade: 11h 34min	Permanência no Leito 9h 17min

EVOLUÇÃO MÉDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 26/11/2018 07:04:46)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL, EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.Lugar: ÁREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 02
Fiscal responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



Nome: Sandro Virgínio de Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/10/16

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de pelo 1^o costela lateral direita

Cirurgião: Artão 1^o Assistente: João

2^o Assistente: _____ 3^o Assistente: _____

Instrumentador: Potivins Anestesista: Kelly

Tipo de Anestesia: Agon + bloq Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura cominada de pelo 1^o costela lateral direita</u>	
<u>potent</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de pelo 1^o costela lateral direita</u>	
<u>potent</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Artão S. de Almeida
CRM-PB 19874/2014 e 23257
Cirurgião Geral
1507 1049

João Pessoa, 03/10/16

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo

Posição e Preparo: Paciente em decúbito dorsal horizontal
for: 10/10/2010.

Inciso:

Incisão: Acesso e anti-
gostoso de MIE

Actados:

Achados:

- Enture de platítil lateral com diâmetro superior a 4/ quadrante e um pouco.

Computer:

Conducta:

- Colollosio.
- Percontare de Incepi citind o piersa 4 fani R-L 11.
- Ademi de fira e fira 4 placoblegent
am L + porosa catin + blap sead +
interfira de Incepi.

Fechamento

Lugo de 450, 41.
 Fechamento
 1000000

Observação	
------------	--

Observação:
- Presença de mosquitos durante
o 1.º encontro.

João Pessoa, 03 de 11/9

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.500.1

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/02/18

PRONTUÁRIO: 1124839

PACIENTE: Sandra Virginia da Silva SEXO: F COR: IDADE: 458

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 70 RESPIRAÇÃO 18/20 TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO Espirano AP. CIRCULATORIO Estável

AP. DIGESTIVO Fígado ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO ESTADO ENFERM

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de platô tibial (E)

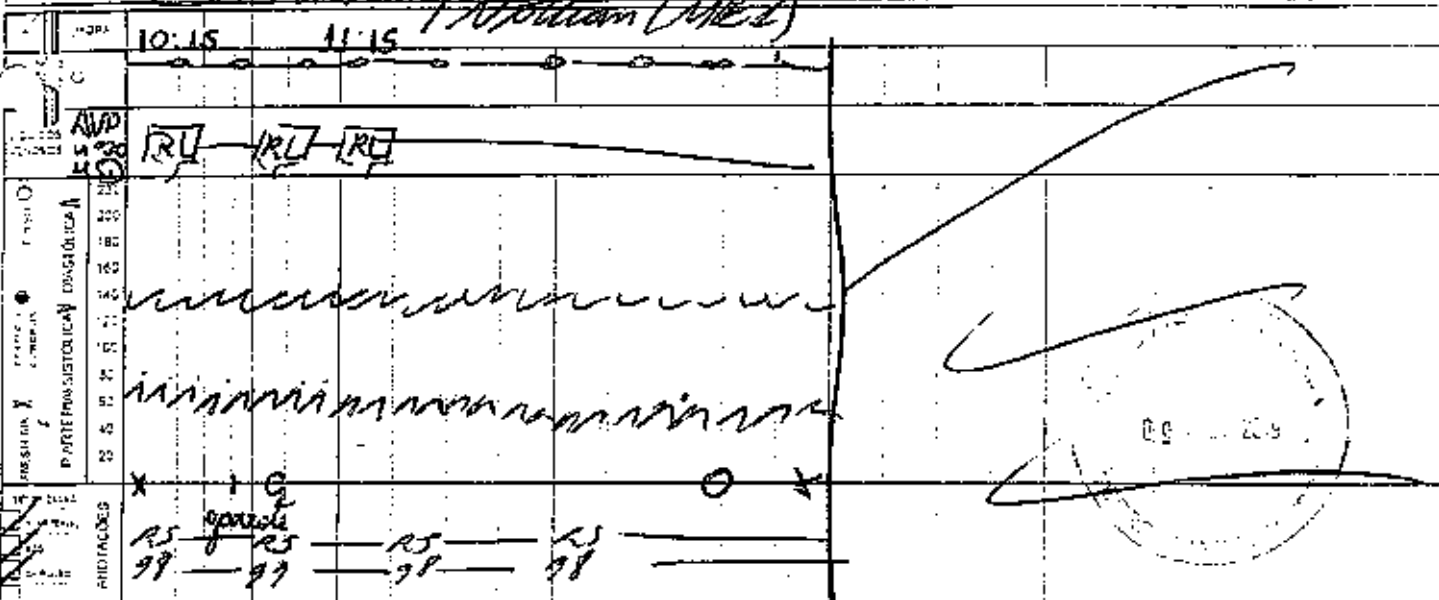
CIRURGIA REALIZADA: Otorrinolaringologia da fratura de platô tibial (E)

CIRURGIÃO Dr. João AUCILIARES Dr. Leão

INÍCIO DA ANESTESIA 10:15 TÉRMINO DA ANESTESIA 13:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CODIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Kaline EPF CRM-PB



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

1. ASA + monitorização

2. Dexametasona 8mg 15

3. Propofol 2mg 12

4. Propofol 10mg 15

5. Propofol 10mg 15

6. Propofol 10mg 15

7. Propofol 10mg 15

8. Propofol 10mg 15

9. Propofol 10mg 15

10. Propofol 10mg 15

11. Propofol 10mg 15

12. Propofol 10mg 15

13. Propofol 10mg 15

14. Propofol 10mg 15

15. Propofol 10mg 15

16. Propofol 10mg 15

17. Propofol 10mg 15

18. Propofol 10mg 15

19. Propofol 10mg 15

20. Propofol 10mg 15

Assinatura do Anestesiologista
CRM-PB 2558

2. Monitorização em MSD prévia n° 206 e prévia
3. Paciente submetida a oxigenação e monitorização e 1 minuto 201.
4. Paciente submetida a oxigenação e monitorização e 1 minuto 201.
5. Paciente submetida a oxigenação e monitorização e 1 minuto 201.



NOME: SANDRA VIRGINIA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO: 1124839
 IDADE: 45 SEXO: F COR: DATA: 27/12/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR THALES 1º ASS: DR ARAO
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 27/12/2018

Alto S. de Almeida
Cirurgião de Jato
CRM-PB 1061 / CRM-PE 23267



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente deitado, cabeça horizontal sobre o plano
Assimilação e a expressão

Localização:

Frente posterior e lateral

Equipamento:

Fotografia de placas posteriores e laterais

Conduta:

Realizar redução dentária e fratura posterior por
placa e T¹, taxa lateral medial
+ progeria exporção e controle

Encaminhamento:

Levar ao plano
Cuidado especial

Observação:

09/08/2018

Data, João Pessoa

27/12/18

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo
CRM 10.000/2018
Associação de Odontólogos
do Estado da Paraíba



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454551 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1124839



Identificação do paciente

ID 1349103	Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 112492
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES	Pai SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094057	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Cns		
Local de procedência CENTRO / SANTA RITA	Tipo BAIRRO		UF PB	
mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58300000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GLOBO
Número 21	Complemento TIBIRI	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira 1000005158583	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						Tempo 01min 02seg



Imprimir



NOME DO PACIENTE: **Sandra Virgínia da Silva**
 IDADE: **45** **11/14838**
 CIRURGIÃO: **Profruto de Pláto Távola**
 ANESTESIA: **Rogério**
 ANESTESISTA: **Roberto**
 INSTRUMENTADOR: **Alcino**
 DATA: **24-12-18** **08:20.05** **11:00**
 UNIDADE CIRÚRGICA - ANESTESIA - INJEÇÃO - FIM - CIRURGIA INJEÇÃO - FIM
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA I - ASA II - ASA III - ASA IV - ASA V
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) - CONTAMINADA - INFECTADA - POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

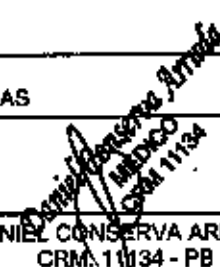
MATERIAIS CONT	QTD	FIOS	QTD
ALFENTANIL		FIOS CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	6 ML	FIOS CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		FIOS DE AÇON	
CETAMINA	5 F	FIOS DE AÇON	
DROPERIDOL		FIOS DE NYLON Nº	2
ETOMIDATO		FIOS DE NYLON Nº	
FENBARBITAL		FIOS DE NYLON Nº	
FENTANILA		FIOS DE NYLON Nº	
HELMIAZENIL		FIOS DE NYLON Nº	
ROFLURANO		FIOS DE NYLON Nº	
OBUPIVACAÍNA C/ VASO		FIOS DE NYLON Nº	
OBUPIVACAÍNA S/ VASO		FIOS DE NYLON Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		FIOS DE NYLON Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		FIOS DE NYLON Nº	
NUDIZOLAN		FIOS DE NYLON Nº	
NOBINA		FIOS DE NYLON Nº	
NIMBÍUM		FIOS DE NYLON Nº	
PANCURÔNIO		FIOS DE NYLON Nº	
PETIDINA		FIOS DE NYLON Nº	
PROPOFOL		FIOS DE NYLON Nº	
RANFENTANILA		FIOS DE NYLON Nº	
ROCURÔNIO		FIOS DE NYLON Nº	
SEVOFLURANO		FIOS DE NYLON Nº	
SLVAMETONIO		FIOS DE NYLON Nº	
TIOFENTAL		FIOS DE NYLON Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	FIOS	QTD.
ADRENALINA		FIOS DE NYLON Nº	
ÁGUA DESTILADA		FIOS DE NYLON Nº	
ATROPINA		FIOS DE NYLON Nº	
BENTRA		FIOS DE NYLON Nº	
CEFALOXINA		FIOS DE NYLON Nº	
AMETASONA		FIOS DE NYLON Nº	
IRONA SÓDICA		FIOS DE NYLON Nº	
ETEDINA		FIOS DE NYLON Nº	
FIROSENA		FIOS DE NYLON Nº	
GLICOSE 50%		FIOS DE NYLON Nº	
GLICONATO DE CÁLCIO		FIOS DE NYLON Nº	
HIDROCORTISONA		FIOS DE NYLON Nº	
LIDOCAÍNA GEL		FIOS DE NYLON Nº	
ONDASENTRONA		FIOS DE NYLON Nº	
PLASIL		FIOS DE NYLON Nº	
PROSTIGMINE		FIOS DE NYLON Nº	
PROTAMINA		FIOS DE NYLON Nº	
TENOXICAN		FIOS DE NYLON Nº	
PARAFORMOL		FIOS DE NYLON Nº	
GAZES		FIOS DE NYLON Nº	
GAZES ALGODADAS		FIOS DE NYLON Nº	
GEL ELETROLÍTICO		FIOS DE NYLON Nº	
JELCO Nº14		FIOS DE NYLON Nº	
JELCO Nº16		FIOS DE NYLON Nº	

EQUIPAMENTOS
 () ASPIRADOR
 () BISTURI ELÉTRICO
 () CAPNOGRÁFO
 () CARDIOMONITOR
 () DESFIBRILADOR
 () FOCO AUXILIAR
 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCÓPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
 () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERVA JARRO

Documento de Alta

Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Número Prontuário: 112492
Data de 24/12/1972	Sexo: Feminino	Data de Internação: 25/11/2018 21:47:51	Data de Alta: 06/01/2019 08:14:17
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resultado de Exames: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Tratamento: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS			

Data: 06/01/2019


DANIEL CONSERVA ARRUDA
CRM: 11134 - PB

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS

Marcação da agenda 06/01/2019 09:47:51	Convênio SUS
Nome do paciente SANDRA VIRGINO DA SILVA	Data de Nascimento 24/12/1972

Dados do agendamento

Data e Hora 21/01/2019 13:00:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção - CONSULTÓRIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR
Procedimento	Exame	
Observações		





GÓVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CARTÃO DE REITORNO

PACIENTE: Sandra Virginia
de Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 06/01/18

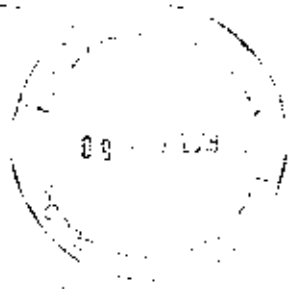
Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): D. A. 95

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: 50.966.490/2012

**SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO**

[illegible]

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 8121221 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
SANDRA VIRGINIO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
1813228

FOI ATENDIDO (A) POR **DANIEL CONSERVA ARRUDA**

DO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **08/01/2019 08:16:14**, NECESSITANDO DE **30** - TRINTA
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S82.1**
T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/PRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

DANIEL CONSERVA ARRUDA
[11134/PR]

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





Recetário de Controle Especial

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av.

SANDRA VIRGINIO DA SILVA

90
1124839

Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000

RX
VIA ORAL

1-) TRAMADOL 100MG/CP —
01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)

SE DOR FORTE



Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

06/01/2019

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB

Recetário de Controle Especial

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av.

SANDRA VIRGINIO DA SILVA

90
1124839

Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000

RX
VIA ORAL

1-) TRAMADOL 100MG/CP —
01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)

SE DOR FORTE

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

06/01/2019

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Sandra Virginio da Silva
DATA DE NASCIMENTO 24/12/72
NOME DA MÃE Cecilia Soares Rodrigues

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112492
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1124839
DATA DO ATENDIMENTO 25/11/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto (sic) com queixa de dor em ombro e joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pelo(a) Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx ombro e joelho E

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo com consolidação viciosa

ALTA HOSPITALAR: 06/01/19
DATA DA EMISSÃO: 26/04/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

A paciente Sandra Virginio da Silva é portador do CID : S 82.1 proveniente de fratura do platô tibial esquerdo ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :



Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

10-06-2019

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA REPÚBLICA
INSTITUTO DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE RECURSOS HUMANOS

1324

Sandra Virgínia da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.813.228 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 11/04/2012

Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO VIRGINIO DE SAPOS
CECILIA SOARES RODRIGUES

Matrícula SANTA RITA-PR

DOC OUTRA CERT. CAS. Nº 171 - LIV. B-21 - FLS. 248 - CARTORIO 1º SANTA RITA-PR

CPF 780.873.274-48

DATA DE NASCIMENTO 24/12/1972

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

Sistema Único de Saúde

SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data Naso.: 24/12/1972 Sexo: F

700 0088 6158 3509



SUS





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Seidler, Vinícius de Silva
DATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VITIMA 760.673.274-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Glória
Nº 311 COMPLEMENTO _____ BAIRRO St. Pinheiros
CIDADE Santa R. de UF SP CEP 05880-000
E-MAIL _____ TELEFONE (08) 99.1928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPIDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPIDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREPÓSITOS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONSTATADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGUROQUADAMIS.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/05/2019IDENTIDADE 4.513.228ASSINATURA Seidler, Vinícius

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

09 de Maio de 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/2008

NOME 3.709.338

EDUARDO GOMES DE ARAUJO

FILIAÇÃO

JOSÉ PONCIANO DE ARAUJO

ANTONIA GOMES DE ARAUJO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 14/01/1992

DOC ORIGEM BAVEUX-PB

NASC.N.49404 FLS.006 LIV.A-44

CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/63

PSFSN

11.335

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Edmundo Gomes de ARAUJO

POLEGAR DIREITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 916

CORRETORES DE SEGUROS

21

LIV

21

Solicitação de Reanálise

Solicito que seja reanalisado o meu sinistro com número de ASL 0155868/19, em virtude de não concordar com o valor pago pois segundo a tabela de invalidez utilizada para a indenização do seguro DPVAT, a perda da função de uma perna vale R\$ 9.450,00.

Envio novamente laudos médicos que comprovam a existência das sequelas permanentes. Em caso de dúvida, favor agendar perícia médica pois a avaliação documental da junta médica da seguradora não conseguiu ser justa quanto a minha deficiência permanente.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Grata,

Sandra Virgínia do Silveira

João Pessoa, 11 de Junho de 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314833 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATÔ TIBIAL (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2, 8, 13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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: 3190314833

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do acidente: 25/11/2018

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO JOELHO ESQUERDO MEDIAL E POSTERO-MEDIAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/06/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTEÚTO POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75