



Número: **0802737-96.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IARA CANDIDO PEREIRA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38832233	28/01/2021 10:50	2778882_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO(BILATERAL) COM LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO.
FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO.
FRATURA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ÚMERO
TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arco costal esquerdo.
Fratura diafisária de úmero bilateral.
Lesão do nervo radial direito.
Fratura de ramo púbico esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO + PUNHO DIREITO + PREJUÍZO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO + DEFICIT DA ELEVACÃO E ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO.
OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO.
COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO.
ALTA EM 13-08-2018.
FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Número do Sinistro: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

CPF: 714.740.884-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

IARA CANDIDO PEREIRA : 714.740.884-57

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: IARA CANDIDO PEREIRA
CPF: 714.740.884-57

IARA CANDIDO PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IARA CANDIDO PEREIRA

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 01293/01294 - carta_03 - INVALIDEZ

00050647



Carta nº 13680034



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **IARA CANDIDO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180572513**

Vítima: **IARA CANDIDO PEREIRA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180572513**.

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 13680213

Pag. 00183/00184 - carta_01 - INVALIDEZ

00020092





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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 00351/00352 - carta_02 - INVALIDEZ

00050176



Carta nº 13704994





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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
04309917138	714.740.884-57	Jana Comedido Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Jana Comedido Pereira		714.740.884-57
Profissão:	Endereço:	Número:
Não informado	Rua Zulmira de Novais	228
Bairro:	Cidade:	Estado:
Itizineiro	Jacaré	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
abnaca.ete@gmail.com	58088-610	83 991928028

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 108728 7

(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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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.

Local e Data, Jacaré 05/12/2018

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jana Comedido Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



CAIXA

NOME: IARA CANDIDO PEREIRA

AG: 1033

OP: 013

C/P: 108728-7





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0514 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: EDSON CRISPIM DA SILVA	Posto/Graduação: SGT/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: PB 004	Hora 10:45	Bairro Zona Rural
Município: Santa Rita	U.F. PB	
Data da Ocorrência 22/07/2018	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) Com/02
Tipo de Acidente Queda/Colisão	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Boa	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego Pista Simples de sentido duplo

CONDUTOR 01

Nome Jonata Jeronimo Fontes	Sexo Masculino	Nascimento 07/06/1984	RG 2644179
Endereço Rua Eng. Franklin Pereira da Silva, 105, Cuiá, PB – Tel.(083)98636-1032			
1ª Habilitação 16/08/2002	Categoria B	Registro CNH N.º 02473192150	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 11/03/2021	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00 mg/l)	Destino do Condutor Permaneceu no local		

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Mitsubishi L200	Espécie Caminhonete	Placa PAO 4743	Categoria Oficial	Município Brasília	U.F. DF
Nome do Proprietário Ministério da Justiça					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012221034319	Renavan N.º 01082658941	Data da Emissão 08/04/2016		
Condições do Veículo Antes do Acidente					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: o condutor 02 desobedeceu ordem de parada na base 02 da CPRV, PB 004, nesse momento foi feito um acompanhamento tático já que o condutor 02 saiu em alta velocidade e na tentativa de fuga da viatura, o condutor 02 tentou uma manobra vindo a cair da motocicleta, não podendo evitar o acidente.

CONDUTOR 02

Nome Sônio Monteiro Juriti	Sexo Masculino	Nascimento 15/06/1983	RG 2889349
Endereço Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.			
1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -
Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda Fan	Espécie Motocicleta	Placa QFJ 7804	Categoria Particular	Município Lucena	U.F. PB
Nome do Proprietário Sônio Monteiro Juriti					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º -	Renavan N.º 1084623428	Data da Emissão -		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/10/2018
ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0514 - 2018

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo Nº
Sônio Monteiro Juriti	Masculino	15/06/1983	02
Endereço			
Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.			
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto	Usava Capacete
Condutor	Hospital de Trauma		

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo Nº
Yara Cândido Pereira	Feminino		02
Endereço			
Rua Escritor Carlos Porto, 37, Popular, Santa Rita			
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto	Usava Capacete
Passageiro	Hospital de Trauma		

TESTEMUNHA 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Marcelo Mendes de Oliveira	Masculino	30/01/1982	2733239
Endereço			
Sítio Jaques, Zona Rural, Cruz do Espírito Santo, PB – Tel.(083)998156-7628			

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que trafegava na via "A", no sentido da VTR, momento em que o V2 fez uma manobra cruzando a frente da VTR.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: envolveu VTR 1591 e uma motocicleta, condutor 02 e passageiro atendido non local pelo Samu USB 10, Enf. Raquel e levado ao Hospital de Trauma, com lesões nos membros superiores e inferiores. V1(Caminhonete) deixou marca de frenagem de 06 metros. Condutor 01 submetido ao teste do etilômetro, resultado 0,00mg/l, V1 liberado no local, V2(Motocicleta) removido ao pátio do BPTTran.

João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018

ASSINATURA


Edson Crispim Da Silva – SGT PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0514 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
MMC L200

Placa:
PAO 4743

Responsável pelo Preenchimento:
SGT Crispim

Data:
22/07/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda Fan

Placa:
QFJ 7804

Responsável pelo Preenchimento:
SGT Crispim

Data:
22/07/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				
							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 16 de Junho de 2018.

Edson Crispim Da Silva – SGT PM
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018

ASSINATURA



EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V1

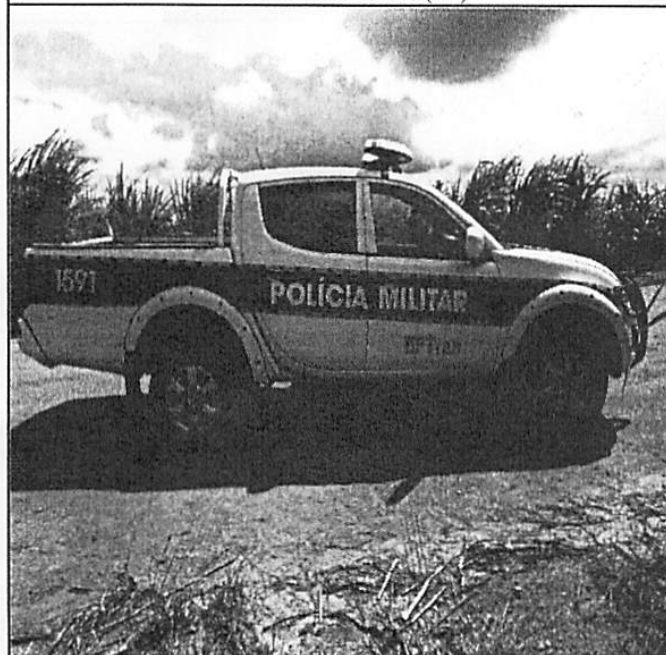
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018

ASSINATURA

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018
ASSINATURA

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - PB 004

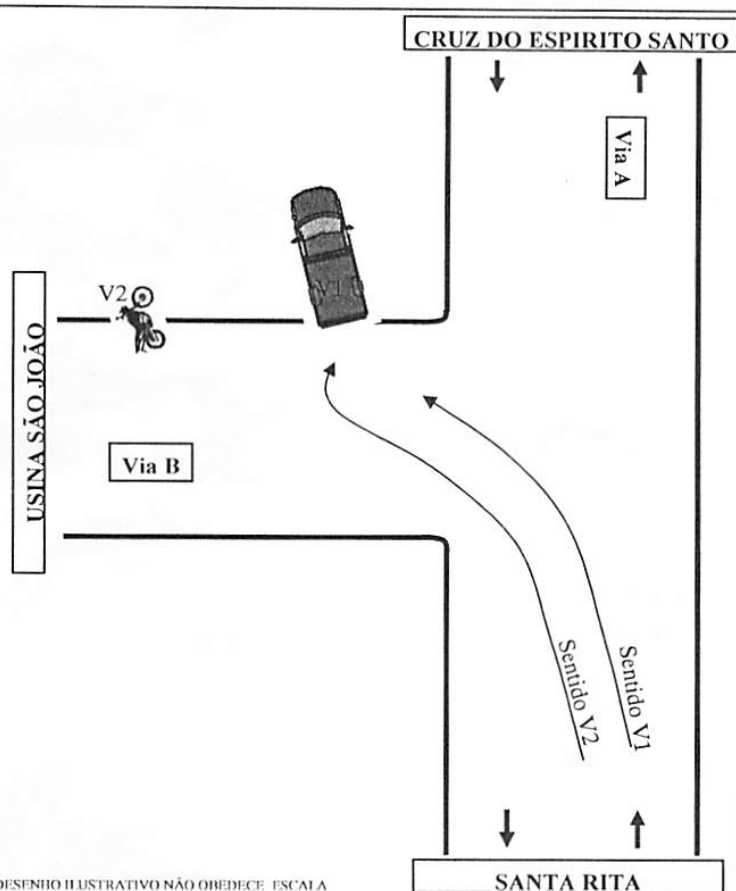
VIA "B" - Estrada da Usina São João

PR (Ponto de Referência) Matadouro José de Arnaldo

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 03.50 e Traseiro Esquerdo 00.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 02.00 e Traseiro Direito 00.40 metros para (PA)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com a Original

EM 28/08/2018

[Assinatura]

PR

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
SINDICÂNCIA

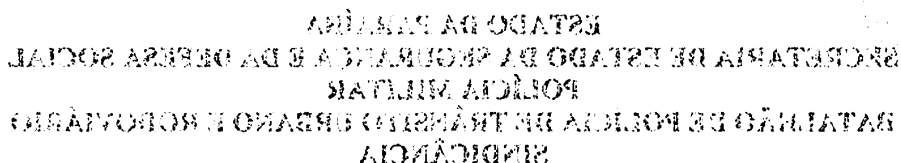
TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA

Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Santa Rita- PB, por volta das 10h30min, presente **A VÍTIMA** consciente e orientada, em sua própria residência por motivos de saúde, abaixo qualificada da forma seguinte: a Sr^a YARA CÂNDIDO PEREIRA, brasileira, natural de Santa Rita- PB, com vinte e três anos de idade, filha de Silvana Cândido Pereira, solteira, residente na Rua Escritor Carlos Porto, 37, Alto das Polulares - PB, sabendo ler e escrever. Presente na audiência o Advogado LUCIANO GONÇALVES DE ANDRADE JÚNIOR, OAB- 17348-B. Perguntada a respeito do fato, cuja Portaria nº 116.2018.012.0025 P/1-BPTran, datada de 07 de agosto de 2018, instaurada pelo Ilmo. Sr. TC QOC JUCIER PEREIRA DE LIMA, Comandante do BPTran para apurar fato constante nos documentos anexados à Portaria da Sindicância referenciada, e documentos anexos que lhe foram lidos, respondeu que: no dia 22 de julho deste ano, por volta das 11 horas do dia, estava na residência de sua avó na Cidade de Santa Rita e telefonou para um moto táxi para fazer uma viagem para Cidade de Cruz de Espírito Santo para visitar o pai. Que: conhecia o moto táxi só de vista e tinha o contato desse moto táxi onde ligava para ele quando precisava. Que: quando passou na Manzuá de Santa Rita tinha 2 (dois) policiais e 1(uma) viatura que deu ordem para o moto táxi parar, porém o moto táxi apenas diminuiu a velocidade e disse que não ia parar porque era moto táxi e aumentou a velocidade para fugir dos policiais chegando a uma velocidade de aproximadamente 120 km/h. Que: aconteceu o acidente próximo à entrada da Usina São João onde a estrada é só de barro e plantação de cana dos dois lados não sendo muito distante do posto. Que: a viatura já estava bem próxima da moto foi quando a moto derrapou no barro, o mototaxista perdeu o controle, reduziu fortemente a velocidade, a viatura bateu na traseira da moto e passou por cima da moto e dos 2 (dois) que estavam na moto. Que: antes de acontecer o acidente olhou para trás e percebeu que os policiais estavam perseguindo a moto com a viatura e pediu para o moto taxista deixar descer da moto, mas ele disse que não ia parar porque os policiais iam alcançar ele. Que: o local onde aconteceu o acidente não tem movimento de pedestres, mas passam alguns carros e motos, porém na hora do acidente não tinha pessoas por perto e por isso não tinha testemunhas. Que: não visualizou se a viatura e a moto sofreram danos. Que: após o acidente ficou caída em baixo do carro e o mototaxista do lado, ficando os 2 (dois) gritando muito e em seguida encheu de pessoas curiosas no local. Que: a ambulância do SAMU chegou em aproximadamente 5 (cinco) minutos após o acidente e foram levados para o Hospital de Traumas em João Pessoa. Que: passou uns 24 (vinte e quatro) dias no Hospital de Traumas e mais uns 8 (oito) dias no Hospital HTOP. Que: nunca foi presa e nem conduzida para a delegacia de Polícia, sendo apenas estudante do ensino fundamental. Que: após o acidente um dos policiais apenas teria perguntado estressado se alguém estava com drogas, mas depois de um tempo ficou chorando dizendo “a moça quase morreu” e dizendo também “porque não parou a moto”. Que: reconhece os 2 (dois) policiais, mas antes do acidente nunca tinha visto os 2 (dois) policiais. Que: acha que a culpa do acidente foi do moto taxista que desobedeceu a ordem e não é culpa dos policiais que estavam apenas fazendo o serviço deles. Que: quebrou os 2 (dois) braços, mas não foi fratura exposta e também quebrou a bacia em 1 (um) só local do lado esquerdo. Que: perguntado pelo advogado se os policiais tinham a intenção de machucar eles? Respondeu negativamente.

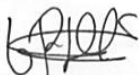


[Handwritten signature]



[illegible]

Nada mais disse, nem lhe foi perguntado, pelo que se deu por encerrado este Termo, o qual depois de lido e achado conforme, vai legalmente assinado.



WALDIRLANE **PORTELLA** DOS SANTOS – CAP QOC
Sindicante



YARA CÂNDIDO PEREIRA
Vítima

LUCIANO GONÇALVES DE ANDRADE JÚNIOR
OAB- 17348-B





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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
04309917118	714.740.884-57	Sara Comédico Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Sara Comédico Pereira		714.740.884-57
Profissão:	Endereço:	Número:
Noto Informar	Rua Zulmira de Novais	228
Bairro:	Cidade:	CEP:
Itizemo	Jacaré	58088-610
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
abnaca.ete@gmail.com	PB	83 991928028

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: 1033 ☐ CONTA: 108728 ☒

(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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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.

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Sara Comédico Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



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:	21/12/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IARA CANDIDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000108728-7

Nr. da Autenticação 7E69AE68AF2EC66E





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO PARÁIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1096217



Identificação do paciente

ID 1308863	Nome IARA CANDIDO PEREIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22 anos 11 meses 6 dias	Estado civil
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai NAO INFORMADO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987595950	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo
Local de procedência SANTA RITA	Nº Cns	Fone Fixo
Email	Naturalidade SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB
Número 37	Complemento	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
		Bairro POPULAR

Admissão

Data e Hora 22/07/2018 12:32:02	Número da pulseira 1000059891948	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

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	mmHg	Pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

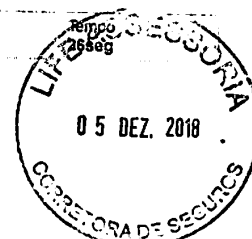
Paciente IEOP, evoluindo, apresenta possível fratura em MSDIE. Segue aos cuidados

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

imprimiu

COREN-PA 123456



22/07/2018 10:11



JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA
RUA ZULMIRA DE NOVAIS 228 CASA - OITIZEIRO
CEP 58088-610 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica

Roteiro: 018-0002-539-0380

Nº do Medidor: 00008291669

0
Referência: FEV/18
Emissão: 01/03/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-61
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.822

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta



0800 083 0196

ligação gratuita

32

Nº 002.952.115

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 05005250113

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/525011-3

CANAL DE CONTATO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEL	12/2017 - APURADO	Conjunto	Musurê	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	5,43	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	10,86		CONTRATADA	
DIC ANUAL	21,73		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,36	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,72			
FIC ANUAL	13,5			
DMIC	3,11	0,00		
DICRI	12,22			

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

RUA ZULMIRA DE NOVAIS 228 CASA

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RANI 20370199472

INSC. EST. 000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	30,68	100,00
TOTAL	30,68	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 12/2017): R\$ 0,00

CONTA REFERENTE A

FEV/18

APRESENTAÇÃO

06/03/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

29/03/2018

FATURAS EM ATRASO

09/02/2018	30,68
12/01/2018	30,68
13/12/2017	30,68
14/11/2017	37,09
06/10/2017	46,52
06/09/2017	142,42
04/08/2017	142,42
06/07/2017	152,94
05/06/2017	138,34
08/05/2017	218,67
05/04/2017	170,22
07/03/2017	127,20

ANTERIOR	ATUAL
DATA	DATA
29/01/18	28/02/18
11861	11861
	1
	0
	30

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,1288%)	COFINS (R\$) (5,1994%)
0806	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0806	PARCELAMENTO DE DÉBITO 40/72			30,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item Total: 30,68 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00



ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, existe(m) 22 fatura(s) no montante de R\$ 4.200,86 relativa(s) a período(s) anterior(es).
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Leitura não processada

Media últimos meses (kWh)

111

VENCIMENTO

13/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

0	0	0	0	30	165	162	181	150	285	193	141
JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17

Reservado ao FISCO

91e9.62ef.39da.4d6f.9006.91c5.1428.9ac5



DESTAQUE AQUI

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

Roteiro: 018-0002-539-0380

83680000000-9 30680149000-5 05250112018-3 02900002019-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:50:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810504262700000037021738

Número do documento: 21012810504262700000037021738

Num. 38832233 - Pág. 24



Itaú Unibanco S.A.



Comunicado Importante



CTC RECIFE PE PL6

IARA CANDIDO PEREIRA
RUA ZULMIRA NOVAIS 213
OITIZEIRO
58088-610 JOAO PESSOA PB



7211094230133830000002574330071118

Data de Postagem: 07/11/2018 Data de Vencimento: 22/11/2018



QJ031 7081 MD30100 REM - C

Para uso dos Correios

☐ 1. Ausente	☐ 6. Não procurado
☐ 2. Endereço insuficiente	☐ 7. Recusado
☐ 3. Não existe o endereço	☐ 8. Desconhecido
☐ 4. Não existe o remetente	☐ 9. CEP
☐ 5. Falta de informação escrita	☐ 10. Informação escrita
☐ 11. Falta de assinatura	☐ 12. Assinatura
☐ 13. Falta de endereço	☐ 14. Endereço
☐ 15. Falta de data	☐ 16. Data
☐ 17. Falta de hora	☐ 18. Hora
☐ 19. Falta de cidade	☐ 20. Cidade
☐ 21. Falta de estado	☐ 22. Estado
☐ 23. Falta de país	☐ 24. País
☐ 25. Falta de código postal	☐ 26. Código postal
☐ 27. Falta de nome	☐ 28. Nome
☐ 29. Falta de sobrenome	☐ 30. Sobrenome
☐ 31. Falta de telefone	☐ 32. Telefone
☐ 33. Falta de e-mail	☐ 34. E-mail
☐ 35. Falta de data de nascimento	☐ 36. Data de nascimento
☐ 37. Falta de sexo	☐ 38. Sexo
☐ 39. Falta de idade	☐ 40. Idade
☐ 41. Falta de profissão	☐ 42. Profissão
☐ 43. Falta de escolaridade	☐ 44. Escolaridade
☐ 45. Falta de renda	☐ 46. Renda
☐ 47. Falta de patrimônio	☐ 48. Patrimônio
☐ 49. Falta de bens	☐ 50. Bens
☐ 51. Falta de dívidas	☐ 52. Dívidas
☐ 53. Falta de garantias	☐ 54. Garantias
☐ 55. Falta de seguros	☐ 56. Seguros
☐ 57. Falta de investimentos	☐ 58. Investimentos
☐ 59. Falta de planejamento	☐ 60. Planejamento
☐ 61. Falta de consultoria	☐ 62. Consultoria
☐ 63. Falta de assessoria	☐ 64. Assessoria
☐ 65. Falta de suporte	☐ 66. Suporte
☐ 67. Falta de treinamento	☐ 68. Treinamento
☐ 69. Falta de capacitação	☐ 70. Capacitação
☐ 71. Falta de desenvolvimento	☐ 72. Desenvolvimento
☐ 73. Falta de inovação	☐ 74. Inovação
☐ 75. Falta de tecnologia	☐ 76. Tecnologia
☐ 77. Falta de ferramentas	☐ 78. Ferramentas
☐ 79. Falta de processos	☐ 80. Processos
☐ 81. Falta de procedimentos	☐ 82. Procedimentos
☐ 83. Falta de políticas	☐ 84. Políticas
☐ 85. Falta de normas	☐ 86. Normas
☐ 87. Falta de regulamentos	☐ 88. Regulamentos
☐ 89. Falta de leis	☐ 90. Leis
☐ 91. Falta de decretos	☐ 92. Decretos
☐ 93. Falta de portarias	☐ 94. Portarias
☐ 95. Falta de resoluções	☐ 96. Resoluções
☐ 97. Falta de atos	☐ 98. Atos
☐ 99. Falta de decisões	☐ 100. Decisões



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	IARA CANDIDO PEREIRA
DATA DE NASCIMENTO	16/08/95
NOME DA MÃE	SILVANIA CANDIDO PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.024
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.096.217
DATA DO ATENDIMENTO	22/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO + FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO DIREITO + LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO + FRATURA DE RAMO PÚBLICO ESQUERDO
CID 10	S42.3 + S32.5 +

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em membro superior esquerdo e membro superior direito. Dor torácica à esquerda. Abdomen sem queixas. Presença de fratura em arco costal esquerdo. Glasgow 15. Fratura de ramo púbico esquerdo. Fratura de diáfise de úmero direito. Fratura de diáfise de úmero esquerdo. Lesão de nervo radial direito

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de braço direito
RX de braço esquerdo
RX de bacia
RX de coxa esquerda
RX de torax

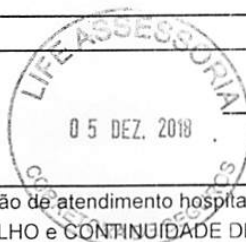
RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de diáfise de úmero esquerdo
Fratura de diáfise de úmero direito
Fratura de arco costal esquerdo
Fratura de ramo púbico esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero direito. Exploração de lesão de nervo radial direito. Tratamento cirurgico de fratura de diáfise de úmero esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	13/08/18
DATA DA EMISSÃO:	19/11/18



Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1096217



Identificação do paciente

ID 1308863	Nome ARA CANDIDO PEREIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22 anos 11 meses 6 dias	Estado civil Prontuário
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987695950	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
Número 37	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 22/07/2018 12:32:02	Número da pulseira 1000059891948	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------	---	--

Indicadores e Transporte

Caso principal Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	mmHg	Puls	Temperatura
----	------	------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

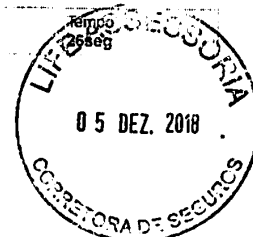
paciente, 16/08, oriundo de, apresenta possível fratura em M.D.E. Segue aos cuidados

Diagnóstico

Atendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir

COREN-PA 144203



03-72118-10-1





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRÓTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número:

Paciente:

Procedimento:

SUS: ☒ Não SUS ()

Médico: _____

Número: _____
 Paciente: Tora Cinthula Pereira
 Procedimento: part. em. sigt. de umido
 SUS: ☒ Não SUS: ☐
 Médico: Dr. Redine

Prentuário:

Data:

Հրապարակում:

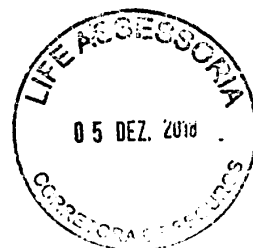
Date: 10/22/12

Caixa Postal:

[illegible]

ASSINATURA DOMENICO - CIRAI
FMI 10075

ASSINATURA ESPERIMENTALE: COREN



ASSIN: George E. Hienrichsen
TELEPHONE: 101052
COREN-PB 101052

Fig.(N(0),APC):013-2



565

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
------------------------	---------------------

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO				

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)										27 - CÔD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL									
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL																			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE																			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE					☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I					☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II					☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL										30 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					31 - QTD.				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL										33 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					34 - QTD.				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL										36 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					37 - QTD.				

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 2.5 TMC
01 placa Estrutura com 08 placas
01 parafuso corticoes n. 20
03 parafusos corticoes n. 24
03 parafusos corticoes n. 26



PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		MEDICO CRM-PB 10075
AUTORIZAÇÃO		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO () CPF		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHI

Nome: Isabel Condado Pereira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero
 Cirurgião: Dr. Rodrigo Amorim 1º Assistente: Dr. Frederico
 2º Assistente: Blumen Roma R1 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de diáfise de úmero</u>	
<u>esquerdo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico de fratura</u>	
<u>de diáfise de úmero esquerdo</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



✓CRM: _____

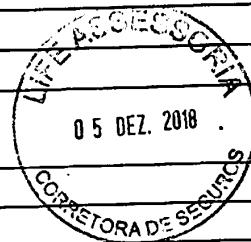
João Pessoa, 20/12/2018

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDIT sob o-fisco Cefalotomia + Sinais Aproximado de campo cirúrgico
Incisão:	Longitudinal em região lateral do braço esquerdo
Achados:	Fratura de diáfise de rádio esquerdo
Condução:	Divulsão por planos Identificado o eixo do membro lateral Redução da fratura de rádio e ulna Fixação com placa DCI e parafusos por pontos externos Drenagem insersão com SF 6,91. Ligadura da hemorragia Sutura por planos Curativos assépticos
Fechamento:	
Observação:	Exatidão da medula hialina preservada, não há lesões de tendões e não há lesões de vasos e não há lesões de nervos. Solicita novo x controle.



Dr. Bruna da Silva
MÉDICO
CRM-BR/0075

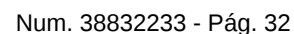
João Pessoa, 10/09/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica





DATA: 10 1031 18

PRONTUÁRIO: 1096240

Ana Luisa Sandoval
Ana Luisa Sandoval
CRM-PB 99190





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA		BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987595950
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA				Prontuário
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/	
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 17:23:02		

Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, REFERINDO DOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
3DOME: FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
RX DE TÓRAX SEM EVIDÊNCIA DE HEMO OU PNEUMOTÓRAX, PRESENÇA DE FRATURA EM ARCO COSTAL ESQUERDO.
FAST: Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico. Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Ultrassonografia dentro dos padrões normais
TC DE PELVE EVIDÊNCIA PEQUENO HEMATOMA LOCAL

CONDUTA: SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO MOMENTO DEVIDO HEMATOMA SER EM ZONA III
RETROPERITONEAL

SOLICITO HB + HTO
ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A ORTOPEDIA.

EXAME LABORATORIAL

HB + HT

Conduta

Em observação

IARA CANDIDO PEREIRA

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM-6311)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	BAE 1098217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			Telefone de Contato (83) 987595950
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 17:33:41	Prontuário

Anamnese

PACIENTE RETORNA COM EXAMES

RADIO: FRATURA BILATERAL DIAFISÁRIA DE ÚMERO

FRATURA DOS RAMOS PÚBICOS ESQUERDO

FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO

NEUROVASCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES CONTINUAM NORMAIS APÓS PINÇA

CIRURGIÃO SOLICITOU ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO DEVIDO À HEMATOMA LOCALIZADO NA PELVE À

TC

INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO BILATERAL

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTS)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTS)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

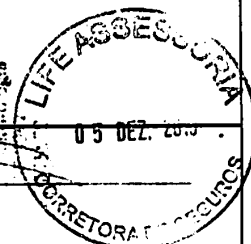
GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 22/07/2018 12:32:28



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSN) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SORO

CREATININA

SÓDIO - SORO

TASSIO

COAGULOGRAMA COMPLETO

Conduta

Internar Paciente

IARA CANDIDO PEREIRA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

[Handwritten signature]





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA		BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987595950
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA				Prontuário
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO		Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02			Data/Hora Prescrição 22/07/2018 12:39:48	

Anamnese

Paciente vítima de acidente Moto vs carro
 apresenta suspeita de fratura de umero bilateral fechada
 edema flácido e indolor
 trax sem alterações
 dor na coxa esquerda
 Nega TCE
 glasgow 15

cd: RX

FAST

BACIA

Avaliação da ortopedia

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)
 (OBSERVAÇÕES: 5000 UI IM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
 Urologia e Andrologia
 CRM - PB 6700

Boletim registrado por: IARA CANDIDO PEREIRA em 22/07/2018 12:32:28

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
 (CRM: 6700/PB)

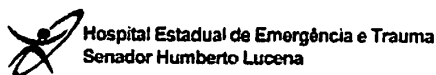
6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=342948&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:50:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810504262700000037021738

Número do documento: 21012810504262700000037021738

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	BAE 1098217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			Telefone de Contato (83) 987595950
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 13:50:55	

Anamnese**#ORTOPEDIA**

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (MOTO X CARRO)
EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM BRAÇOS BILATERAL
IMOBILIZAÇÃO DO SAMU
COM QUEIXAS DE DOR EM BACIA
SEM DEAMBULAR

RX COM FRATURA DE UMEROS BILATERAL
FRATURA DE RAMO PUBICO ESQUERDO

CD:
SOLICITO TC DE BACIA ANALGESIA
IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO BILATERAL)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

Conduta

Em observação

IARA CANDIDO PEREIRA

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

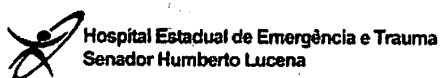
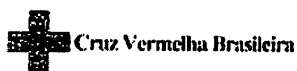


Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 22/07/2018 12:32:28



25/07/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=410560&dataInicial=25/07/2018 08:00:01&dataFin...



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 25/07/2018 08:00:12

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	Boletim de Atendimento 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 25/07/2018 08:00:01)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA BILATERAL DE Umero + FRATURA DE BACIA + FRATURA DE COSTELA
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL
EXAMES OK
CD: AGUARDA CIRURGIA
MAT: CX 4.5.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
# Aguardando a - 50 (50) # Bateria N. 3, 2 (03) # 03 Bateria e 01 Bateria # 03 Bateria e 01 Bateria # 03 Bateria e 01 Bateria					
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
37 - CID					
38 - CID					
39 - CID					
40 - CID					
41 - CID					
42 - CID					
43 - CID					
44 - CID					
45 - CID					
46 - CID					
47 - CID					
48 - CID					
49 - CID					
50 - CID					
51 - CID					
52 - CID					
53 - CID					
54 - CID					
55 - CID					
56 - CID					
57 - CID					
58 - CID					
59 - CID					
60 - CID					
61 - CID					
62 - CID					
63 - CID					
64 - CID					
65 - CID					
66 - CID					
67 - CID					
68 - CID					
69 - CID					
70 - CID					
71 - CID					
72 - CID					
73 - CID					
74 - CID					
75 - CID					
76 - CID					
77 - CID					
78 - CID					
79 - CID					
80 - CID					
81 - CID					
82 - CID					
83 - CID					
84 - CID					
85 - CID					
86 - CID					
87 - CID					
88 - CID					
89 - CID					
90 - CID					
91 - CID					
92 - CID					
93 - CID					
94 - CID					
95 - CID					
96 - CID					
97 - CID					
98 - CID					
99 - CID					
100 - CID					
101 - CID					
102 - CID					
103 - CID					
104 - CID					
105 - CID					
106 - CID					
107 - CID					
108 - CID					
109 - CID					
110 - CID					
111 - CID					
112 - CID					
113 - CID					
114 - CID					
115 - CID					
116 - CID					
117 - CID					
118 - CID					
119 - CID					
120 - CID					
121 - CID					
122 - CID					
123 - CID					
124 - CID					
125 - CID					
126 - CID					
127 - CID					
128 - CID					
129 - CID					
130 - CID					
131 - CID					
132 - CID					
133 - CID					
134 - CID					
135 - CID					
136 - CID					
137 - CID					
138 - CID					
139 - CID					
140 - CID					
141 - CID					
142 - CID					
143 - CID					
144 - CID					
145 - CID					
146 - CID					
147 - CID					
148 - CID					
149 - CID					
150 - CID					
151 - CID					
152 - CID					
153 - CID					
154 - CID					
155 - CID					
156 - CID					
157 - CID					
158 - CID					
159 - CID					
160 - CID					
161 - CID					
162 - CID					
163 - CID					
164 - CID					
165 - CID					
166 - CID					
167 - CID					
168 - CID					
169 - CID					
170 - CID					
171 - CID					
172 - CID					
173 - CID					
174 - CID					
175 - CID					
176 - CID					
177 - CID					
178 - CID					
179 - CID					
180 - CID					
181 - CID					
182 - CID					
183 - CID					
184 - CID					
185 - CID					
186 - CID					
187 - CID					
188 - CID					
189 - CID					
190 - CID					
191 - CID					
192 - CID					
193 - CID					
194 - CID					
195 - CID					
196 - CID					
197 - CID					
198 - CID					
199 - CID					
200 - CID					
201 - CID					
202 - CID					
203 - CID					
204 - CID					
205 - CID					
206 - CID					
207 - CID					
208 - CID					
209 - CID					
210 - CID					
211 - CID					
212 - CID					
213 - CID					
214 - CID					
215 - CID					
216 - CID					
217 - CID					
218 - CID					
219 - CID					
220 - CID					
221 - CID					
222 - CID					
223 - CID					
224 - CID					
225 - CID					
226 - CID					
227 - CID					
228 - CID					
229 - CID					
230 - CID					
231 - CID					
232 - CID					
233 - CID					
234 - CID					
235 - CID					
236 - CID					
237 - CID					
238 - CID					
239 - CID					
240 - CID					
241 - CID					
242 - CID					
243 - CID					
244 - CID					
245 - CID					
246 - CID					
247 - CID					
248 - CID					
249 - CID					
250 - CID					
251 - CID					
252 - CID					
253 - CID					
254 - CID					
255 - CID					
256 - CID					
257 - CID					
258 - CID					
259 - CID					
260 - CID					
261 - CID					
262 - CID					
263 - CID					
264 - CID					
265 - CID					
266 - CID					
267 - CID					
268 - CID					
269 - CID					
270 - CID					
271 - CID					
272 - CID					
273 - CID					
274 - CID					
275 - CID					
276 - CID					
277 - CID					
278 - CID					
279 - CID					
280 - CID					
281 - CID					
282 - CID					
283 - CID					
284 - CID					
285 - CID					
286 - CID					
287 - CID					
288 - CID					
289 - CID					
290 - CID					
291 - CID					
292 - CID					
293 - CID					
294 - CID					
295 - CID					
296 - CID					
297 - CID					
298 - CID					
299 - CID					
300 - CID					
301 - CID					
302 - CID					
303 - CID					
304 - CID					
305 - CID					
306 - CID					
307 - CID					
308 - CID					
309 - CID					
310 - CID					
311 - CID					
312 - CID					
313 - CID					
314 - CID					
315 - CID					
316 - CID					
317 - CID					
318 - CID					
319 - CID					
320 - CID					
321 - CID					
322 - CID					
323 - CID					
324 - CID					
325 - CID					
326 - CID					
327 - CID					
328 - CID					
329 - CID					
330 - CID					
331 - CID					
332 - CID					
333 - CID					
334 - CID					
335 - CID					
336 - CID					
337 - CID					
338 - CID					
339 - CID					
340 - CID					
341 - CID					
342 - CID					
343 - CID					
344 - CID					
345 - CID					
346 - CID					
347 - CID					
348 - CID					
349 - CID					
350 - CID					
351 - CID					
352 - CID					
353 - CID					
354 - CID					
355 - CID					
356 - CID					
357 - CID					
358 - CID					
359 - CID					
360 - CID					
361 - CID					
362 - CID					
363 - CID					
364 - CID					
365 - CID					
366 - CID					
367 - CID					
368 - CID					
369 - CID					
370 - CID					
371 - CID					
372 - CID					
373 - CID					
374 - CID					
375 - CID					
376 - CID					
377 - CID					
378 - CID					
379 - CID					
380 - CID					
381 - CID					
382 - CID					
383 - CID					
384 - CID					
385 - CID					
386 - CID					
387 - CID					
388 - CID					
389 - CID					
390 - CID					
391 - CID					
392 - CID					
393 - CID					
394 - CID					
395 - CID					
396 - CID					
397 - CID					
398 - CID					
399 - CID					
400 - CID					
401 - CID					
402 - CID					
403 - CID					
404 - CID					
405 - CID					
406 - CID					
407 - CID					
408 - CID					
409 - CID					
410 - CID					
411 - CID					
412 - CID					
413 - CID					
414 - CID					
415 - CID					
416 - CID					
417 - CID					
418 - CID					
419 - CID					
420 - CID					
421 - CID					
422 - CID					
423 - CID					
424 - CID					
425 - CID					
426 - CID					
427 - CID					
428 - CID					
429 - CID					
430 - CID					
431 - CID					
432 - CID					
433 - CID					
434 - CID					
435 - CID					
436 - CID					
437 - CID					
438 - CID					
439 - CID					
440 - CID					
441 - CID					
442 - CID					
443 - CID					
444 - CID					
445 - CID					
446 - CID					
447 - CID					
448 - CID					
449 - CID					
450 - CID					
451 - CID					
452 - CID					
453 - CID					
454 - CID					
455 - CID					
456 - CID					
457 - CID					
458 - CID					
459 - CID					
460 - CID					
461 - CID					
462 - CID					
463 - CID					
464 - CID					
465 - CID					
466 - CID					
467 - CID					
468 - CID					
469 - CID					
470 - CID					
471 - CID					
472 - CID					
473 - CID					
474 - CID					
475 - CID					
476 - CID					
477 - CID					
478 - CID					
479 - CID					
480 - CID					
481 - CID					
482 - CID					
483 - CID					
484 - CID					
485 - CID					
486 - CID					
487 - CID					
488 - CID					
489 - CID					
490 - CID					
491 - CID					
492 - CID					
493 - CID					
494 - CID					
495 - CID					
496 - CID					
497 - CID					
498 - CID					
499 - CID					
500 - CID					
501 - CID					
502 - CID					
503 - CID					
504 - CID					
505 - CID					
506 - CID					
507 - CID					
508 - CID					
509 - CID					
510 - CID					
511 - CID					
512 - CID					
513 - CID					
514 - CID					
515 - CID					
516 - CID					
517 - CID					
518 - CID					
519 - CID					
520 - CID					
521 - CID					
522 - CID					
523 - CID					
524 - CID					
525 - CID					
526 - CID					
527 - CID					
528 - CID					
529 - CID					
530 - CID					
531 - CID					
532 - CID					
533 - CID					
534 - CID					
535 - CID					
536 - CID					
537 - CID					
538 - CID					
539 - CID					
540 - CID					
541 - CID					
542 - CID					
543 - CID					
544 - CID					
545 - CID					
546 - CID					
547 - CID					
548 - CID					
549 - CID					
550 - CID					
551 - CID					
552 - CID					
553 - CID					
554 - CID					
555 - CID					
556 - CID					
557 - CID					
558 - CID					
559 - CID					
560 - CID					
561 - CID					
562 - CID					
563 - CID					
564 - CID					
565 - CID					
566 - CID					
567 - CID					
568 - CID					
569 - CID					
570 - CID					
571 - CID					
572 - CID					
573 - CID					
574 - CID					
575 - CID					
576 - CID					
577 - CID					
578 - CID					
579 - CID					
580 - CID					
581 - CID					
582 - CID					
583 - CID					
584 - CID					
585 - CID					
586 - CID					
587 - CID					
588 - CID					
589 - CID					
590 - CID					
591 - CID					
592 - CID					
593 - CID					
594 - CID					
595 - CID					
596 - CID					
597 - CID					
598 - CID					
599 - CID					
600 - CID					
601 - CID					
602 - CID					
603 - CID					
604 - CID					
605 - CID					
606 - CID					
607 - CID					
608 - CID					
609 - CID					
610 - CID					
611 - CID					
612 - CID					
613 - CID					
614 - CID					
615 - CID					
616 - CID					
617 - CID					
618 - CID					
619 - CID					
620 - CID					
621 - CID					
622 - CID					
623 - CID					
624 - CID					
625 - CID					
626 - CID					
627 - CID					
628 - CID					
629 - CID					
630 - CID					
631 - CID					
632 - CID					
633 - CID					
634 - CID					
635 - CID					
636 - CID					
637 - CID					
638 - CID					
639 - CID					
640 - CID					
641 - CID					
642 - CID					
643 - CID					
644 - CID					
645 - CID					
646 - CID					
647 - CID					
648 - CID					
649 - CID					
650 - CID					
651 - CID					
652 - CID					
653 - CID					
654 - CID					
655 - CID					
656 - CID					
657 - CID					
658 - CID					
659 - CID					
660 - CID					
661 - CID					
662 - CID					
663 - CID					
664 - CID					
665 - CID					
666 - CID					
667 - CID					
668 - CID					
669 - CID					
670 - CID					
671 - CID					
672 - CID					
673 - CID					
674 - CID					
675 - CID					
676 - CID					
677 - CID					
678 - CID					
679 - CID					
680 - CID					
681 - CID					
682 - CID					
683 - CID					
684 - CID					
685 - CID					
686 - CID					
687 - CID					
688 - CID					
689 - CID					
690 - CID					
691 - CID					
692 - CID					
693 - CID					
694 - CID					
695 - CID					
696 - CID					
697 - CID					
698 - CID					
699 - CID					
700 - CID					
701 - CID					
702 - CID					
703 - CID					
704 - CID					
705 - CID					
706 - CID					
707 - CID					
708 - CID					
709 - CID					
710 - CID					
711 - CID					
712 - CID					
713 - CID					
714 - CID					
715 - CID					
716 - CID					
717 - CID					

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: João Candido Pereira BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 26/07/18
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Síntese de Frot diáfise de membro D + Exploração de N. Radial
Cirurgião: Dr. Jacque 1º Assistente: Dr. Pedro Henrique (R)
2º Assistente: Dr. 3º Assistente: _____
Instrumentador: Dr. Gaston Anestesista: Dr. Davi
Tipo de Anestesia: Bloqueio + Genf Horário: Início 13:00 Término 15:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura de diáfise de membro D	
+ lesão de N. Radial constatada	
no exame físico prévio a cirurgia	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Síntese da placa 4,5 +	
Exploração de N. Radial	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

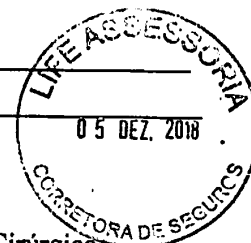
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

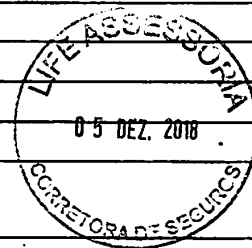
Médico/CRM: _____

João P. da Silva
CRM-PE 19492

João Pessoa, 26/07/18



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DIT sob anestesia Assessora, antissepsia e agitação de campo estéril
Incisão:	Em zona lateral de braço D por plano. Exposição do fratura - após verificação de leitura do R. Radial
Achados:	Após ultrassom simultâneo foi explorado o R. Radial no qual foi verificada fratura completa.
Conduta:	Em seguida realizado fixação de fratura de mero mero a placa 45 entre o punho lanceu um fio de 5/0 PDS
Fechamento:	Por plano Curativo
Observação:	Solicite parecer do MP para realizar neurologia de R. Radial em braço D. R. R.



Médico/CRM:

João Pessoa, 20, 07, 2018
CRM-PA 1615
GRUPO 16152

João Pessoa,

20, 07, 2018

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

Sala 02

NOME DO PACIENTE: JAZA CAMINO PEREIRA
 IDADE: 72 DE 10963410
 CÍRURGIA: HTP C1. HAT - NOME DE ÚRGO
 ANESTESIA: GELCO (E) BICOMIN
 ANESTESISTA: DR. DANIEL M. MEGO CR3
 INSTRUMENTADOR: GELCO + Paula
 26 + 18 TEMPO CÍRURGICO: ANESTESIA INÍCIO FIM CÍRURGIA INÍCIO FIM 12:30 AS 16:00

ÍNDICE DE RISCO DE CÍRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
 ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: (1) LÍMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

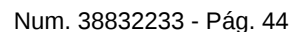
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	01	JELCO Nº18	01	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	01	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	01	JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	01	JELCO Nº24		FIO DE NYLON N°	3.0 0.5
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	01	ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON N°	
FENTANIL	01	PVPI DEGERMIANTE	500	FIO POLIGLACTINA N°	2.0 0.4
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVPI TOPICO		FIO POLIGLACTINA N°	
LIVOBUPIVACAÍNA C VASO	01	SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S VASO	01	MATERIAIS		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C VASO		AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLACTAPRONI N°	
MIDAZOLAM	01	AGULHA 25X08		FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDIACA	
NIMBIM		AGULHA PERIDURAL N°16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		CATETER DE PIC	
PETHIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		CIMENTO CÍRURGICO	
PROPOFOL	01	AGULHA RAQUIN N°25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RANIFENTANIL		AGULHA RAQUIN N°26G		FIO DL KIRSCHNER N°	
ROCIÔNIO		AGULHA RAQUIN N°27G		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO	18 05	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	18 05	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTONE	01	ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CÍRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA	20 ml	CATETER DE ONIGÊNIO	01	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL N°18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SODICA	02	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FI ROSENIIDA		COMPRESSAS CÍRURGICAS	10 10	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CÍRURGICAS	10 10	PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELIA		ELETRODOS	10 05	PLACA	
ONDASENTRONA	01	EQUIPO MACROGOTAS	01	EQUIPAMENTOS	
PLASII		EQUIPO TRANSF SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	01	() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	10	() CAPNOGRAFO	
TENONICAN		ESPARADRAPO		() CARDIOMONITOR	
		GAZES	20	() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODÓADAS		() ECO AUXILIAR	
		GEL ELETROLITICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PA INVASIVA NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRULANTE	

07 N. 20
 04 N. 22
 01 N. 26

01 Pura & F Citric
 Paul. Conf.

07 N. 20
 04 N. 22
 01 N. 26

42 9053



Nome: <u>Iara Candido Pereira</u>			N de BE: <u>1096217</u>		
Idade:	Sexo: <u>F</u>	Clínica:	Enf.:	Leito:	
Data de admissão: <u>22/07/18</u>		Alta: <u>13/08/18</u>	Tempo de Permanência: <u>21 dias</u>		
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura Diáfise Bilateral do Úmero</u>					
Diagnóstico Definitivo: <u>0 mesmo.</u>					
Diagnóstico Secundário:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RAFI de fratura bilateral do úmero (D) e</u> <u>em 2º tempo fratura diáfise do úmero (E).</u>					
Biópsias:					
Anatomia patológica: <u>Cirurgião: Dr. Jaques</u> <u>1ª cirurgia: Úmero (D) Dr. Pedro Henrique</u>					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () <u>Úmero (E) Rodrigo Amador</u> <u>Dr. Fredente</u>					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente com quadro de fratura bilateral</u> <u>do úmero (D) e (E) submetido a tratamento</u> <u>cirúrgico em 2 tempos.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>livre</u>					
Repouso:					
Relativo em casa por, <u>90</u> dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa: <u>Cefalexina + Plavix</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>13 de 08 de 18</u>					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML/INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

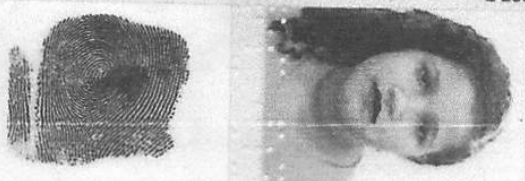
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



Iara Cândido Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.488.749 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/11/2016

NOME IARA CÂNDIDO PEREIRA

FILIAÇÃO SILVANIA CÂNDIDO PEREIRA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/08/1995

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº60665 06 - LIV.A-54 - FLS.163 - CARTORIO 1º SANTA RITA PB

Assinatura: *[Assinatura]* A+

Secretaria de Segurança Pública

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 714.740.884-57

Nome IARA CÂNDIDO PEREIRA

Nascimento 16/08/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

D8FA.057D.EEBF.19A3

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 17:37:02 do dia 28/12/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



**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: **3180572513**

Nome do(a) Examinado(a): **IARA CANDIDO PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ZULMIRA NOVAIS, 228 - OITIZEIRO - João Pessoa - PB - CEP 58088-610

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4488749**

Data e local do acidente: [**22/07/2018**] **CRUZ DO ESPIRITO SANTO -PB**

Data e local do exame: [**18/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de arco costal esquerdo Fratura diafisária de úmero bilateral Lesão do nervo radial direito Fratura de ramo púbico esquerdo

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

ACIDENTE EM 22/07/2018 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO+PUNHO DIREITO +ELEVÇÃO DE /ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO . OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% RI,RE E ABDUÇÃO . COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO .

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

[**X**] Sim [] Não

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

REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO ALTA EM 13-08-2018 FEZ FISIOTERAPIA

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

[**X**] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA DE MMSS

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR DIREITO
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO ESQUERDO
% 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

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jaxa Candido Pereira
DATA DO ACIDENTE 22/01/2018 CPF DA VÍTIMA 114.740.884-57
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jaxa Candido Pereira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR × VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Zulmira de Norais
Nº 228 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Orizigueira
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58088-610
E-MAIL abraaefe@gmail.com TELEFONE (53) 99192-8028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (☒) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(☒) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(☒) CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(☒) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/12/2018

IDENTIDADE 44583749

ASSINATURA x Jaxa Candido Pereira

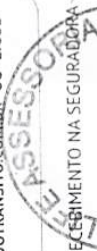
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

05 DEZ. 2018

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO(BILATERAL) COM LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO.
FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO.
FRATURA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ÚMERO
TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arco costal esquerdo.
Fratura diafisária de úmero bilateral.
Lesão do nervo radial direito.
Fratura de ramo púbico esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO + PUNHO DIREITO + PREJUÍZO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO + DEFICIT DA ELEVACÃO E ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO.
OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO.
COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO.
ALTA EM 13-08-2018.
FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

CPF: 714.740.884-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IARA CANDIDO PEREIRA : 714.740.884-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018
Nome: IARA CANDIDO PEREIRA
CPF: 714.740.884-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

IARA CANDIDO PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

