

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352337 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA (FIXADOR EXTERNO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000016546-7

Nr. da Autenticação CDBBB29297B13B8F

Cell para 1

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energia.org.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/C.
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	012 698 829-38
UC (Unidade Consumidora):			5/807459.

Canal de contacto

Tanta Saúde de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
17/07/17	1480	10/07/18	1516				50		24
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor	Estimado	Ant. Sim	Preço	Preço	Valor
			Taxa	700 por	1,40 por	1,40	Por (m²)	Por (m²)	Por (m²)
0001	Consumo de Energia Elétrica	30.000	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0002	Consumo de Água Potável	20.000	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0010	Subsídio			17,48	0,00	0	0,00	17,48	0,00
LANÇAMENTOS E DEDUÇÕES									
0001	CONTROLE PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	Dedução Subsídio			-18,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00

2017 College of Business Academic Report	TOTAL	16.72	1,128	6.08	74.63	0.32	1.00
--	-------	-------	-------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMIENTO**TOTAL A PAGAR**

4

27/02/2019

RS 16.73

Histórico de Consumo (Schw)

24	24	22	22	20	19	18	16	14	12	10	8	6	4	2	0
Feb/12	Mar/12	Apr/12	May/12	Jun/12	Jul/12	Aug/12	Sep/12	Oct/12	Nov/12	Dec/12	Jan/13	Feb/13	Mar/13	Apr/13	May/13

3f1c.b511.07e5.99e9.0d25.98b1.7f92.2e44

Indicadores de Qualidade 12/2018 - Anual

	Limites do Açoel	Aparado	Limite de Tensão (N)
DI MENSAL	11,94		
DI TRANSVERSAL	13,68	0,00	
DI AJUR	47,78		NOMINAL 110
FI MENSAL	7,74		
FI TRANSVERSAL	18,40	0,00	COMPRIMAÇÃO
FI AJUR	38,88		TENSÃO DE TRACÇÃO 202
DMC	5,50		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	18,80	0,00	

ANNALS

Discriminados	Valor (R\$)	%
Perda de Jato do Eteno (R\$ 100.000)	5.70	37,40
Perda de Energia	1.20	42,40
Perda de Produtos	0.70	4,72
Perda de Soluções	1.20	7,12
Perda de Clientes (R\$ 100.000)	0.37	1,17
Perda de Serviços	0.00	0,00
Total	19,70	100,00

www.bbc.com/health

COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 MAR 2019

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Recibo para comprovar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crisna Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

18/04/2019

CONSUMO

208

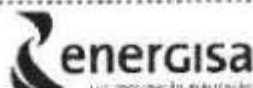
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesso: www.energisa.com.br



DESTAQUE NOVA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-003-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

MATRICULA

5/1698358-2019-04-7



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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.533/98.

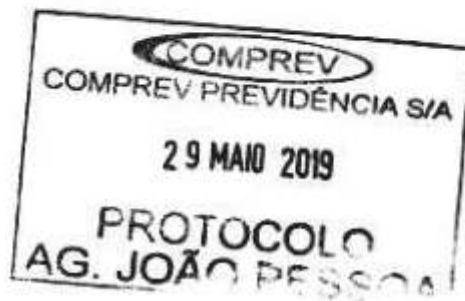
Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
M^a de Fatima F. de Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.598.609/36
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima M^a de Fatima F. de Sales
inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.598.609/36 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 29/05/2019

Assinatura do Declarante





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
DATA DE NASCIMENTO	07/08/89
NOME DA MÃE	BENEDITA MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.145.507
DATA DO ATENDIMENTO	25/02/19
HORA DO ATENDIMENTO	16:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S82.9 + S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), consciente, orientada, referindo dor com limitação funcional de ombro esquerdo. evolui com fratura exposta de tibia direita. Fratura fechada de clavícula esquerda, com indicação de tratamento conservador. Encaminhada para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de perna direita
RX de ombro esquerdo
RX de clavícula esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita
Fratura de clavícula esquerda

TRATAMENTO:

Imobilização do membro inferior direito. Encaminhada para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação. Imobilização da fratura da clavícula esquerda, sem indicação de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR: 25/02/19
DATA DA EMISSÃO: 06/05/19

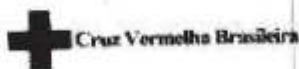
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAIO 2019

PROTOCOLO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1145607



Identificação do paciente

ID 1379364	Nome MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	Sexo Feminino
Data de nascimento 07/08/1999	Idade 29 anos 6 meses 18 dias	Estado civil
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai FRANCISCO FERREIRA DE SALES	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991089260	Responsável (Parentesco) MARIA DO SOCORRO - IRMAO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3413034	DDD Fixo
Local de procedência ARARUNA	Nº Cns 708203602870349	Fone Fixo
Email	Tipo MUNICIPIO	UF PB
	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R

Endereço

CEP 55233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número 8N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 25/02/2019 16:26:28	Número da pulseira 1000007245601	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de atropelamento consciente, orientada, emaminado ao CDI.						
Diagnóstico Dra. Janecy de Aguiar Enfermeira						CD
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO Coren 366748						Tempo 55seg

Imprimir

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	1145507	25/02/2019 16:26:28	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/08/1989	29a 6m 18d	Feminino	(83) 991089260
Mãe			Prontuário
BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
MATA VELHA, SN	ZONA RURAL	ARARUNA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X BICICLETA	ATROPELAMENTO	DANIEL CONSERVA ARRUDA	11134/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/02/2019 16:26:28		25/02/2019 19:57:00	

Anamnese

#ORTOPEDIA

 PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE BICICLETA
 EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA
 TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA

LIBERADO DAS OUTRAS ESPECIALIDADES -NCR + CG

CD:

ANTIBIOTICO - CEFALOTINA 2G EV

TRAMADOL 100MG EV

IMOBILIZAÇÃO

ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

+ DR TORIBIO

MEDICAÇÃO

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: TALA BOTA)

CURATIVO

Conduta

Alta médica

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

 DANIEL CONSERVA ARRUDA
 (CRM 11134/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	1145507	25/02/2019 16:26:28	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/08/1989	29a 6m 18d	Feminino	(83) 991089260
Mãe	CNS	Prontuário	
BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA	708203602870349		
Endereço	Bairro	Município	UF
MATA VELHA, SN	ZONA RURAL	ARARUNA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X BICICLETA	ATROPELAMENTO	JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ	11413/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
25/02/2019 16:26:28	25/02/2019 16:34:29		

História

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ENQUANTO ANDAVA DE BICICLETA. REFERE SÍNCOPE PÓS TRAUMA, QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO OM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MSE E DOR EM MID ONDE APRESENTA DEFORMIDADE, SEGUNDO SOCORRISTAS.

ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, LÚCIDA, CONSCIENTE E ORIENTADA, ECG 15, SEM ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO TORÁCICO E ABDOMINAL;
JÁ REALIZADA ANALGESIA NO SAMU.

CDT.:

- 1 - TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO DA NCR;
- 2 - RX DE OMBRO E CLAVÍCULAS ESQUERDAS + RX DE PERNA DIREITA + AVALIAÇÃO DA OROTPEDIA;
- 3 - ALTA DA CIRURGIA GERAL.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ
(CRM/ 11413/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	1145507	25/02/2019 16:26:28	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
07/08/1989	29a 6m 18d	Feminino	708203602870349
Mãe			Telefone de Contato
BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			(83) 991089260
Endereço	Bairro	Município	UF
MATA VELHA, SN	ZONA RURAL	ARARUNA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X BICICLETA	ATROPELAMENTO	FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	8267/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/02/2019 16:26:28		25/02/2019 18:48:50	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vitima de atropelamento, sem sinais de alarme.
Nega dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
ALta da Neurocirurgia.**Conduta**

Em observação

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Reimpresso por:

414

DANIEL CONSERVA ARRUDA
CRM: 11134

Assinatura e Carimbo do Profissional

CERTIDÃO

Self

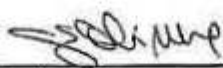
Nº. 0960/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°208906 e Prontuário nº 2019.02.003065 pertencentes a **MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES** que foi atendida dia 25/02/2019 às 23H23min, apresentando trauma em perna direita.

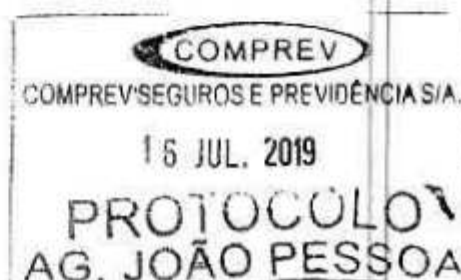
Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02 e 13/03/2019 com alta médica dia 14/03/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de Julho de 2019



Médica
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 20890
Data: 25/02/201
Hora: 23:23:02
Recepcionista:
Clínica: ORTOPE

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES Num. Prontuario: 2019.02.C

CNS: 708203602870349 Sexo: F IDENTIDADE: 3413034 Fone: 991225311

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/08/1989 Id: 29 ano(s)

End.: SITIO MATA VELHA, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF: PB

Mae: BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA Pai: FRANCISCO FERREIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU

Resp.: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Te' Doc. Responsavel: 991225311 / IDENTIDADE: 3413034

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE A

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem

FC: TP:

[] Politraumatizado

Peso: Altura:

[] Hemorragia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia

Circ. Abd: 02%:

[] Regular

[] Vômito

Qu' a Principal

Observacao

PA INTE ENCAMINHADA DO HEETSHL CONFORME
PACTUACAO

NEGA ALERGIA A MEDICAME

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao


Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maria de Fátima Data da Admissão: 2
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Lei: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Relig: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: trauma em pé direito

HDA: pac com fratura de
trauma em pé direito
contusão com fratura
contusão de tibia

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Pr
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epi
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Vis: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração []
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematô
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aum

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] H
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casca de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fx Exposta 3w
Lipoma D

Conduta:

- Linc
- Desbridamento
- Fixação Externa
- Infiltração

Nome: <i>MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES</i>			Registro:
Idade: <i>29 anos</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>
Data: <i>13/03/2019</i>			Cirurgião: <i>DR. GUTEMBERG</i>
1º Assistente: <i>VALDEBAN R2</i>			2º Assistente:
Anestesista: <i>FRANCISCO</i>			Instrumentador:

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de diáfise de Tíbia Direita com Fixador Extern

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito de Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de pino de schanz em foco de fratura

Conduta:

Reposicionamento de novo pino de schanz do foco de fratura para área com tecido ósseo íntegro

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Curativo

OBS:

Alta amanhã optado por tratamento com fixador

Data: 13 / 03 / 2019

Dr. Valdean Carvalho Jr.
Médico - CRM 1052
CNS 2063
MEDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maria de Fátima</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:
Data: <u>26/2/19</u>	Cirurgião: <u>THALES MATA</u>			1º Assistente:
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<u>Fr. Exposta da</u>				
<u>Tip. 2 (D)</u>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
<u>O Nervo</u>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
<u>Linc</u>				
<u>Desbridamento</u>				
<u>Fixador externo</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:	
1 () Sim				
2 () Não				
Biópsia de Congelação:				
1 () Sim				
2 () Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o A				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Anestesia (Ragv.)
- Assel 2° e Ant. Mel. 1°
- Al. 2° em 3° e 4°

Incisão:

Achados:

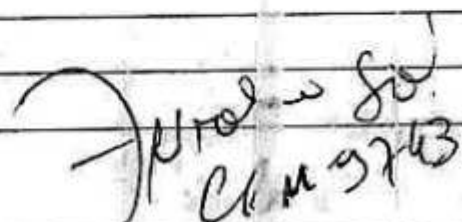
Conduta:

- Linc
- desbridamento
- Redução incremental
- Fixação externa
- Sutura do forame
- Curativo
- Ra

Fechamento:

OBS:

Data: 26/02/18


 M. C. 9743

MÉDICO/CRM



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data: 25/02/2019 19:56:23

Sexo Feminino CPF: Não Informado

ENCAMINHAMENTO

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE BICICLETA
EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DE
CLAVICULA ESQUERDA
TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA

LIBERADO DAS OUTRAS ESPECIALIDADES -NCR + CG


ANTIBIOTICO - CEFALOTINA 2G EV
TRAMADOL 100MG EV
IMOBILIZAÇÃO
ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

+ DR TORIBIO

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB

HE-ETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58000-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA		
	DOCUMENTO / ORG. EMISSOR DE: 1054362 SSP PB	
	CPF: 455.536.024-91 DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1967	
	Nome do titular: JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
	Estado: <input type="checkbox"/> AC <input checked="" type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RJ <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> DF <input type="checkbox"/> TO <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> AC	
UF: PB	RG: 00724153182	DT. EMISSÃO: 10/11/2014
DT. VALIDADE: 06/04/2020		
Assinatura: 		
Nome: JOAO PESSOA, PB		
Assinatura: 		DT. EMISSÃO: 11/11/2014
Assinatura: 		DT. EMISSÃO: 11/11/2014
DETRAN - PB - CPB RAJBA		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria de Fatima Ferreira de Sales, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua Sit. Mata Velha, nº 514, bairro Área rural, Município de Araruna, Estado de(o) PA, Cep: 58.233-000, portador(a) do Rg nº 413034, SSP/PA e CPF nº 072.598.609-36.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão apêlo gado, residente e domiciliado(a) à Rua João P. Escalante, nº 157, bairro M. M. Gabretta, Município de Araruna, Estado de(o) PA, Cep: 58.096-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PA e CPF nº 455.536.021-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria de Fatima Ferreira de Sales, ocorrido em 25/02/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

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

Araruna, 18, de março de 2019.

RECONHECO

→ Maria de Fatima Ferreira de Sales
Outorgante
CPF Nº 072.598.609-36

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone (83) 3373 1270.
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de
Maria de Fatima Ferreira de Sales
do fe. 18 de 03 de 2019
Em test. João P. Escalante da verdade

CARTÓRIO
MARTINS
DE
SOUSA

SELO DIGITAL
AIG-57884-TWAE
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182321/19

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

CPF: 072.598.609-36

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA
FERREIRA DE SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES : 072.598.609-36

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: 29/05/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182321/19

Número do Sinistro: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

CPF: 072.598.609-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA
FERREIRA DE SALES

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 16/07/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

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

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000016546-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 07259860936 Nome completo da vítima: M^{te} de Fátima F. de Sales
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: M^{te} de Fátima F. de Sales CPF: 07259860936
 Profissão: Agricultora Endereço: Rua Chata Velha Número: 30 Complemento: _____
 Bairro: Área Rural Cidade: Araruna Estado: PB CEP: 58233-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 986634900

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0038 ☐ CONTA: 36546 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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: João Pessoa - PB 29/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

M^{te} de Fátima Ferreira de Sales
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) 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.**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05574.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05574.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:16 horas do dia 23 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maria de Fatima Ferreira de Sales**, CPF nº 072.598.609-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Benedita Maria da Conceição Ferreira e Francisco Ferreira de Sales, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 07/08/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99303-4880.

Dados do(s) Fatos:

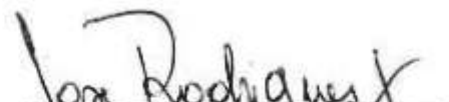
Local: Sítio Mata Velha, Zona Rural, Araruna/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/02/19 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

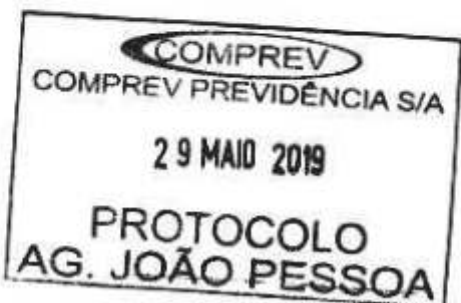
QUE NA TARDE DO DIA 25/02/2019, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA EM SUA BICICLETA EM UMA ESTRADA DENTRO DO SÍTIO MATA VELHA, ARARUNA/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA ATROPELOU ESTA NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A MESMA; QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.0 + S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA; QUE EM SEGUITA FOI TRANSFERIDA CO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.2, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. LEONARDO MIRANDA.

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

João Pessoa/PB, 23 de maio de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
Noticiante



Procedimento Policial: 05574.01.2019.1.00.401

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: 07259860936 Nome completo da vítima: M^{te} de Fátima F. de Sales
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: M^{te} de Fátima F. de Sales CPF: 07259860936
 Profissão: Agricultora Endereço: Rua Chata Velha Número: 30 Complemento: _____
 Bairro: Área Rural Cidade: Araruna Estado: PB CEP: 58233-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 986634900

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 36546 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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
 Vivos: _____ Falecidos: _____ 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: João Pessoa - PB 29/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

M^{te} de Fátima Ferreira de Sales
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 29 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

(*) 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.**



SAMU ARARUNA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 BASE DESCENTRALIZADA DE ARARUNA-PB, inscrito sob CNPJ: 11.667.845/0001-51. DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2361620, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente Maria de Fátima F. de Sales, 29 anos, CPF 072.598.609-36, RG 3413034, vítima de Colisão moto x bicicleta, no dia 25/02/19, às 13:21 horas, na localidade Sítio mata 2 Velha. Sendo o mesmo encaminhado para Hospital de Trauma João Pessoa.

Araruna, 19 de março de 2019.

Thais Lourenna da Silva Ferreira
Coordenadora Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 18836

Thais Lourenna da S. Ferreira
Coordenação Administrativa
SAMU 192 BASE DESCENTRALIZADA DE ARARUNA-PB

