



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6384942

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 3150158878
Vitima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 30/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2015

Carta nº: 6479087

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 3150158878
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 30/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 18 de Março de 2015

Carta nº: 6564445

A/C: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Sinistro: 3150158878
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Data Acidente: 30/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000735-8

Conta: 000001003491-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental

alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

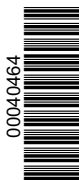
R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Valdecir Moreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Carvalho, 47
Cj Santa Teresinha Pedra Branca CE CEP: 63630-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do exame: [11/03/2015] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TCE. TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA CEFALEIA, TONTURA.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TCE. TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA CEFALEIA, TONTURA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

TCE. TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA CEFALEIA, TONTURA.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

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


Médico CRM 8133
CPF: 509.070.043-20



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 699290

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa UXJ-6522/CE	
Nome da Vítima VALDECIR MOREIRA DA SILVA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 14/08/1979	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 816.524.373-04
			Data Ocorrência 30/11/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 551 - 403/2015 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
VALDECIR MOREIRA DA SILVA	Vítima	VITIMA	14/08/1979	63630-000	816.524.373-04

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência _____

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação dos documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 0000/699290

Código: 699290

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro CELIO LOPES	
BO Nº 551 - 403/2015		Data BO 30/01/2015		DELEGACIA DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU	
Placa UXJ-6522/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML
Nome da Vítima VALDECIR MOREIRA DA SILVA				Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 14/08/1979	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 816.524.373-04	Data Ocorrência / Hora 30/11/2014 / 16:00
Cidade PEDRA BRANCA		UF CE	CEP 63630-000	Telefones Fone: (88)3515-2329 / Cel: (88)97037-419	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico MANUEL			Valor(INVALIDEZ)

Beneficiários						
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
			Complemento	Bairro	Cidade	UF
Profissão			Renda			
VALDECIR MOREIRA DA SILVA			Vítima	VITIMA	14/08/1979	816.524.373-04
63630-000 RUA JOAQUIM CARVALHO 47				CJ SANTA TERESINHA	PEDRA BRANCA	CE
TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E				R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 735-8 C/P 1003491-4						

Histórico		
Data	Usuário	Situação
19/02/2015 14:28:49	MSA CAROLINA	Pré-Cadastro não analisado
23/02/2015 18:03:51	MSA GABRIEL	Pré-Cadastro analisado e aprovado



Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

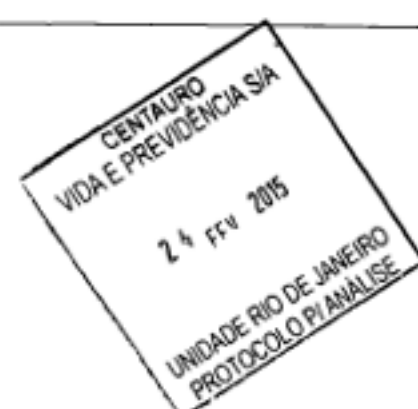
AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 699290 e a data de nascimento 14/08/1979 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 403 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/01/2015 15:28:42
Data / Hora da Ocorrência : 30/01/2015 16:00:00
Endereço da Ocorrência: SÍT NOVO

ZONA RURAL PEDRA BRANCA / CE

Ponto de Referência:

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: VALDECIR MOREIRA DA SILVA
Nascimento : 14/08/1979
RG: 391156275 Órgão Emissor: SSP UF: SP - CPF: 81652437304
Filiação: JOSÉ QUIRINO MOREIRA FILHO
MARIA MOREIRA DA SILVA
Endereço: R JOAQUIM CARVALHO 47
SANTA TEREZINHA 63630000
PEDRA BRANCA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que no data, hora e local, acima citada, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando vinha conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano de fabricação/modelo 2005 2006, cor PRETA, placa IIXJ-6522 Pedra Branca/CE, chassi 9C2KC08106R851150 licenciada em nome de Francisco Lino Magalhães; Afirma o (a) declarante que perdeu o controle do veículo momento em que o pneu estourou, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi socorrido para o hospital de Pedra Branca CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu o que se encontra descrito na documentação médica em anexo; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: José Moreira da Silva, RG 342603199 e Fernandes da Silva Alves, RG 22325292; Que o (a) declarante proctorou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica do acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

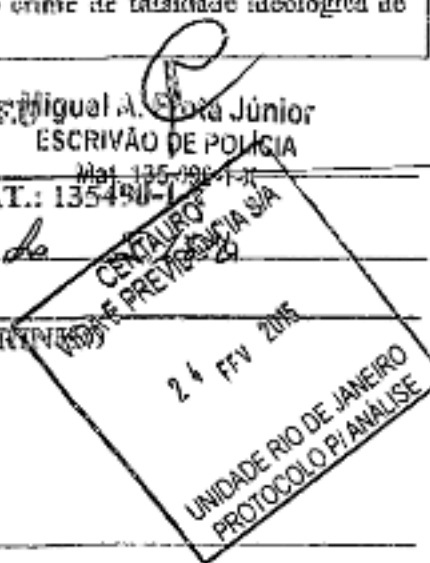
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU Miguel A. Prota Júnior
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MAT. 135490-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Valdecir Moreira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSE EDILSON DE OLIVEIRA SOBRINHO



DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 4 de 4

Impressão em 30/01/2015 03:31

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Valdecir morais da Silva, portador do documento de identidade nº 391156275 e inscrito no CPF/MF sob o nº 816.524.373-04, residente e domiciliado na Rua Joaquim Casualho, Cidade Pedra Branca, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Valdecir morais da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pedra Branca / ce, 05/02/15

Local e data



Cto Declaratório

Epic-Rua: Joaquim Carvalho

5490



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
Hospital Municipal



UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Entrada na Unidade Data: 30.11.14 Hora: h m

Nome: Valdecir Moreira da Silva

Sexo: M Estado Civil: C Profissão: Agricultor Escolaridade:

Sinais Vitais: PA: 1 mmHg FC: bpm FR: irpm T: °C

Queixa Principal:

Fatores de Risco: Alergia:

Risco: ☐ ALTO ☐ MODERADO ☐ BAIXO ☐ Referência ao PSF

OBS:

Assinatura do Paciente

Hora:

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

HDA e Exame Físico Direcionado

Tratamento em andamento em ambulatório

Hipótese(s) Diagnóstica(s) Provável(is)

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Administração de medicamentos ☐ Observação 12h ☐ PSF☐ Internamento ☐ Transferência de Emergência ☐ Outros Procedimentos

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

1) Voltaren 150mg + Difenidramina 1mg 13:38

2) SPO. 94.1500 13:20 1/14 1/14:54

3) Sutura de mão (ver anexo) OK

4) Rx de mão AP-Pr 14

5) Cephalon 1g + AD de 8/14 14 22 06

6) Diazepam 10mg IV 13:50

7) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

8) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

9) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

10) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

11) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

12) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

13) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC

14) Cartepiril 50mg V.C + Cartepiril 25mg SC





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdeir Moreira da Silva

RG nº 391156275, data de expedição / / , Órgão SSP/SP,

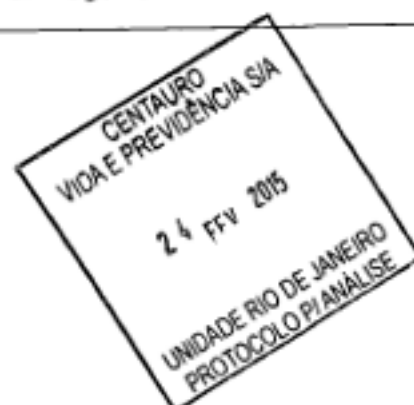
CPF nº 816.524.373-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Joaquim Carvalho</u>
Número	<u>47</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Cd. Santa Teresinha</u>
Cidade	<u>Pedra Branca</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63630-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 385-2329 / (88) 9703-7449</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra Branca/CE, 05/02/15

Assinatura do Declarante: Valdeir Moreira da Silva



1999

Cidade						Município					
Título de Referência		Data do Apropriação		Previsão Próxima Letura		Valor à Legenda no Verso desta Conta.					
Jan/2015		09/02/2015		07/02/2015		Conjunta		SERVIDOR PORTUÁRIO		R\$ 5,50	
						NºMS		1208/2014		DIÚNI - 1.000 R\$	
CIDR						Prestado Individual			Aprovação Individual		
Baixa de Cédula (C&I)	Ajuste	Valor do Imposto				Mensal	Trimen.	Anual	Mensal	Trimen.	Anual
31,16	27,88%	8,41				DIC	5,67	0,00	0,00	0,00	0,00
Ações, Contratos e Outros						PC	3,42	0,00	0,00	0,00	0,00
DIÚNI, 5991-5994, 1145-5101, 026-CBUB, 423						DMIC	3,29		0,00		
RESUMO DA CONTA DE PREÇOS E VALORES DO PERÍODO DE REFERÊNCIA											
Letr. Atual	Letr. Anterior	Consumo	Consumo (D&I)	Consumo Indiv.	Consumo Tot.	Tarifa (D&I) kWh	Valor (R\$)				
8490	8427	1,88	51	0,00	51	3,51254	18,10				
09/01/15	09/12/14		31,16	51			31,16				
VALOR CONSUMO DO MÊS							31,16				
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL							3,66				

Telefones pl contato:
(88) 3515 - 2329 / (88) 9703 - 7419

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
24 FEV 2015
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALIST

End: Rua: Joaquim Carvalho 5490



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA
Hospital Municipal



UNIDADE DE URGÊNCIA E PRONTO ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Entrada na Unidade Data: 30/11/14 Hora: h m

Nome: Valdecir Moreira da Silva

Sexo: M Estado Civil: C Profissão: Agricultor Escolaridade:

Sinais Vitais: PA: 1 mmHg FC: bpm FR: irpm T: °C

Queixa Principal:

Fatores de Risco: Alergia

Risco: ☐ ALTO ☐ MODERADO ☐ BAIXO ☐ Referência ao PSF

OBS:

Assinatura do Paciente

Hora:

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

HDA e Exame Físico Direcionado

Trauma craniano em acidente de trânsito.

Hipótese(s) Diagnóstica(s) Provável(is)

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Administração de medicamentos ☐ Observação 12h ☐ PSF
☐ Internamento ☐ Transferência de Emergência ☐ Outros Procedimentos

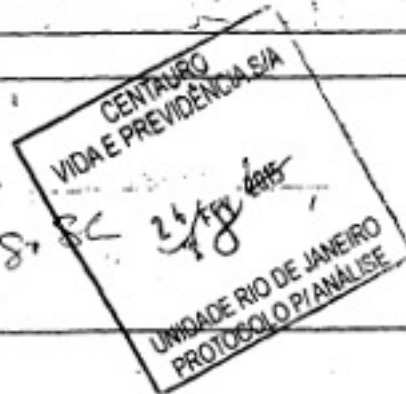
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMENTOS

1) Volp 14mg + Difenidramina 1mg IM 13:38
2) SPO. 90% 1500ml 30gts/min. 13:20
3) Sutura de escudo (com. magenta) OK.
4) Rx de crânio AP e Perfil OK.

5) Cepha 1g + AD de 8/17, 14 22 06.
6) Diazepam 10mg IM 13:50

7) Captopril 50mg V.O + Captopril 25mg SC 17:50
com Jantão ex. de 60h 300 50 200
PA=220x160 mmHg

Assinatura e CRM



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Prefeitura Municipal de Pedra Branca
Hospital Municipal São Sebastião e
Maternidade Célia Mendes

CONDUTA MÉDICA NA OBSERVAÇÃO

São necessários exames complementares de urgência? ☐ Não ☐ Sim

Caso sim, solicite-os:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA	/	/	HORA:	APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO MÉDICA (Registrar horário de cada evolução)**EVOLUÇÃO E OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM**

em 23/05/2015 PA = 140 x 90 - X - 80 mmHg, na
referida gestação ①.

em 23/05/2015 PA = 140 x 90 mmHg - Paciente -
aguardando transferência - alta.

Destino do paciente após observação:

☐ Alta médica ☐ PSP ☐ Transferência de Emergência ☐ Internamento
☐ Alta a pedido ☐ Evasão

P.A: 110 x 80 mmHg. 20:20

Assinatura e CRM



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 816.524.373-04

Nome da Pessoa Física: VALDECIR MOREIRA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **17:49:21** do dia **23/02/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **68FF.7D99.D83D.9C95**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME VALDECIR MOREIRA DA SILVA		
CPF, CNH/CMH/CDH/CPH/CPH/CPH 191156275 SSPSP		
	UF	DATA NASCIMENTO
	816.524.373-04	14/08/1979
	FILIAÇÃO	
	JOSE QUIRINO MOREIRA F ILSO MARIA MOREIRA DA SILVA	
PROFISSÃO	SEX	EST. CIVIL
INSCRIÇÃO	VALIDADE	VALIDADE
13.000.000	13.000.000	10/08/2005
OBSERVAÇÃO		
VALDECIR MOREIRA DA SILVA		
ASSINATURA DO TITULAR		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
PAULÍNIA, SP	01/09/2010	
		07876874835 02447793667
CIDADE DE SAN. SP. SAO PAULO		

Telefones pl contato:
(88) 3515 - 2329 / (88) 9703 - 7419

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150158878 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NOS MEMBROS

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

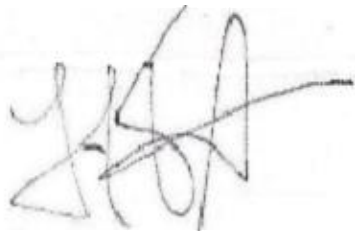
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150158878 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECIR MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CEFALÉIA, TONTURA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: DANO RESIDUAL TCE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

