

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ELIANE PEREIRA MARTINS

Nº Sinistro: 3180090639

Vitima: ELIANE PEREIRA MARTINS

Data do Acidente: 04/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180090639**.

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



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ELIANE PEREIRA MARTINS
Nº Sinistro: 3180090639
Vitima: ELIANE PEREIRA MARTINS
Data do Acidente: 04/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180090639**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ELIANE PEREIRA MARTINS**

Nº Sinistro: **3180090639**
Vitima: **ELIANE PEREIRA MARTINS**
Data do Acidente: **04/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA GLORIA DA SILVA CAMARA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180090639**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13292306



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

063.388.964-44

Nome completo da vítima

Elione Pereira Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elione Pereira Martins		CPF titular da conta 063.388.964-44	Profissão do lar
Endereço R. Plácido de Alencar Leima		Número 994	Complemento
Bairro Imaculada	Cidade Bayeux	Estado PB	CEP 58035-000
Email		Telefone (DDD)	

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



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: **1911** D/V: **00** CONTA NRO: **000241420** D/V: **00**

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____

AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

f. Lessa, 29 de 01 de 2018

Local e Data

Elione Pereira Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 FEV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



03

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPtran
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 0125 - 2016		Responsável pelo Levantamento do Acidente: Marcelo Teixeira de Andrade				Posto/Graduação: 1º SGT/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Acesso Oeste			Hora 10:28	Bairro Ilha do Bispo	Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 04/03/2016	Dia da Semana Sexta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo			Controle do tráfego no local Via de Sentido Duplo				
CONDUTOR 01							
Nome Janilson dos Santos Trajano			Sexo Masculino	Nascimento 10/12/1983	RG 2910990		
Endereço Rua Manguinhos, 37, Imaculada, Bayeux PB - Tel.(083)98799-7690							
1ª Habilitação 02/09/2011	Categoria AB	Registro CNH N.º 05293224132	U.F. PB	Ex.med./Dia	Data Vencimento	Usava cinto Usava Capacete	
Exame de Embriaguez Alcoólica			Comportamento do Condutor Socorrido ao Hospital				
VEÍCULO 01							
Marca VW / Polo	Espécie Automóvel	Placa MYP-6970	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário José Gomesindo C. D. Assunção							
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 011753966269	Renavan N.º 0074819286-7	Data da Emissão 27/10/2014				
Defeitos Nada constatado							

VERSAO DO CONDUTOR 01

O Condutor entregou declaração no dia 27/04/2016 onde informou que: Vinha do Hospital Arlinda Marques no sentido Via Oeste / Bayeux e foi surpreendido por um veículo S10 branco de placa não identificada, em alta velocidade, querendo fazer uma ultrapassagem, trancando o V1 na pista, nesse momento para não acontecer o choque puxou para a direita para o acostamento, perdendo o controle do veículo e atingindo uma árvore.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia do Cartão Original emitido em Original

EM: 01/02/2017

ADRIANA S. CARVALHO
MOC 520.321-2





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
 COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
 BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN



CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 01251/2016

AMARRAÇÕES

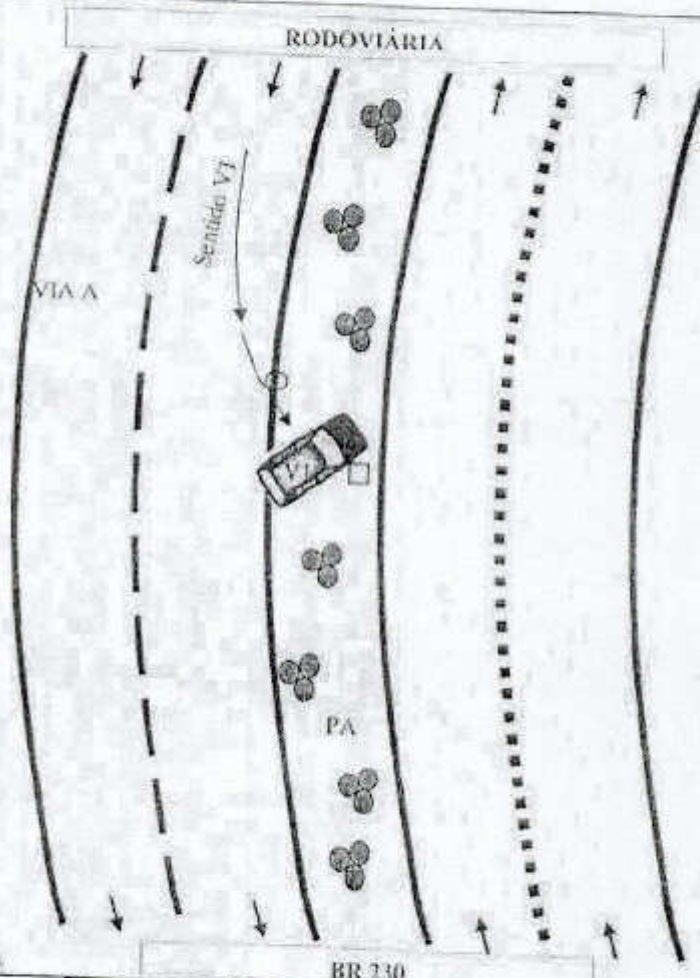
VIA "A" - Acesso Oeste 08,30 metros

PR (Ponto de Referência) Subestação da Energisa

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 07,90 e Traseiro Direito 06,25 metros para (PA)

V2 (Veículo 02)



PATRIARCA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Copia de Contratação com o Original
 BR 01/02/2017
 ADRIANA M. S. de Aquino
 Matr. 526.321-2

INDICADA INFORMATIVAMENTE EM ESCALA

AVARIAS



V1

Marcelo Teixeira de Andrade
 Marcelo Teixeira de Andrade 1º Sgt PM
 Responsável pelo Levantamento

COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
 07 FEV. 2018
 PROTOCOLO
 AC 01251/2016



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
SETOR DE BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ao rever o Boletim de Acidente de Trânsito de Nº 0125/2016, ocorrido no Acesso Oeste, no dia 04/03/2016, na Ilha do Bispo, João Pessoa/PB, ficou constatado a não inclusão dos dados da Vítima 03. Sendo assim, faz-se necessário acrescentar ao BOAT 0125-2016, como vítima 03, a Sra. Eliane Ferreira Martins, RG:3170567, CPF:063.388.964-44, passageira do V1, socorrida ao Hospital de Trauma.

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

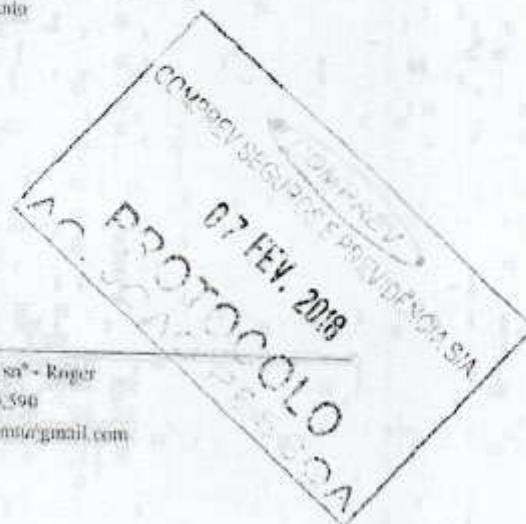
Nº 0125/2016

ADRIANA FERREIRA MARTINS

Mec: 026.321-2

João Pessoa-PB, 30 de Janeiro de 2017.

Marcelo Teixeira de Andrade - Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



Endereço: Rua Profº Sixiliano Costa s/nº - Roger
João Pessoa - PB, Cep.: 58020-390
Telefone: (83)3218-5837 - eprtm.bptcan.emta@gmail.com

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Denilson Martins Trifono</i>	CPF da Vítima <i>127.233.704-96</i>	Data do Acidente <i>09/03/2016</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Eliane Pereira Martins</i>	CPF do Representante Legal <i>0.633.889.164-44</i>
Email	Telefone (DDD) <i>(13) 9.8666.3691</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

f. Assica 29 de 01 de 2018
Local e Data

x Eliane Pereira Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Buco Geral
ATA

Rx *ata*



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Governador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, em - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 904263



Identificação do paciente				
C	Nome			Sexo
1009470	ELIANE PEREIRA MARTINS			Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Parentesco
11/12/1986	30 anos 3 meses 3 dias	SOLTEIRO(A)	EVANGELICA	
Mãe			Pai	
LUZIA PEREIRA MARTINS			NAO DECLARADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco)	
MEDIO INCOMPLETO			A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel			DDD Fixo
83	988218774			Fone Fixo
Tipo documento	Numero documento			Nº Cria
RG (IDENTIDADE)	3170667			8900237387106
Local de procedência			Tipo	UF
BR 239			BARRIO	PB
Etnia	Naturalidade			CSOR
	ALIANÇA			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58309530	SAYEUX	PB	FLACIDO DE OLIVEIRA LIMA	
Numero	Complemento			Bairro
984				MACULADA
Admissão				
Data e Hora Previsão	Numero da unidade			Comêno
04/02/2018 10:35:31	1000004742523			SUS
Especialidade			Clínica	
ORTOQUIRURGIA GERAL			CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco			Origem do paciente	
			RCDOMIA	
Causa de atendimento	Motivo de atendimento			Destino do acidente
URGENCIA	ACIDENTE DE AUTOMOVEL			VEICULO X OBJETO
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Pleto de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Sim	Não	
Vivo de transporte			Quem transportou	
SALVO				
Sinais Vitais				
RR		Fútil	Temperatura	
	X			
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
				ECG []
				Ultrasonografia []
Demais exames				
Diagnóstico				
Atendido por				
ANA KENNATA DE MEDEIROS NOBREJA				

COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO
07.FEV.2018
AC. PROTOCOLO
09.06

Imprimir

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

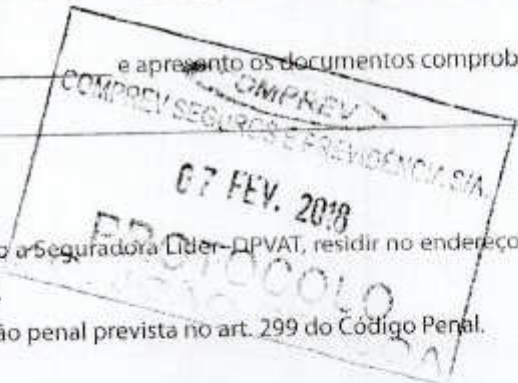
Pelo exposto, eu Ana Glória da Silva Coma inscrito (a) no CPF/CNPJ 305.023.914/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elione Pereira Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.388.164/44 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vitima Eliane Pereira Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.388.164/44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

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 da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CPF <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 05 de 02 de 2018
Local e Data

Ana Glória da Silva Coma
Assinatura do Declarante



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ELIANE PEREIRA MARTINS
DATA DE NASCIMENTO	01/12/85
NOME DA MÃE	LUZIA PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	904.263
PRONTUARIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	04/03/16
HORA DO ATENDIMENTO	10:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	LESÕES SUPERFICIAIS MÚLTIPLAS
CID 10	V 20 + T 00.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACOLISÃO VEÍCULO X OBJETO, REGSTADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM TERÇO INFERIOR DE PERNA ESQUERDA + FCC EM BORDA DE LÍNGUA, A ESQUERDA. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA ESQUERDA

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR COT., SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS VISÍVEIS + MEDICAÇÃO + AVALIAÇÃO BNF + ORIENTAÇÕES.

ALTA HOSPITALAR:	04/03/2016 ÀS 15:20
DATA DA EMISSÃO:	28/10/2016

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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





Primeiro Atendimento Médico



10000474203 BE 004263
ELTONE PEREIRA MARTINS
DT. NASC: 01/12/1989
MOR: LUIZ PENEZAR MARTINS

RVD - PL. UCI/08 DE OLIVEIRA LIMA
N. 200 - SPACHADA
SERVIC: 11
FONE: 11
CELULAR: (021) 98421874
IDADE: 28
DT. ATEND: 07/02/2018

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de carro aberto. Estava no banco traseiro com cinto de segurança. Não usava T.E.
Apresenta quadro de dor em pé direito (após trauma) sem outros queixas.

EXAME PRIMÁRIO

VIA: Livre Obstruída

AÉREAS: Sim Não

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRACHEIA NA LÍNEA MIDSAG: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRO VESICULAR

HTD: Presença e normal Rude Diminuído Ausente

HTE: Presente e normal Rude Diminuído Ausente

2 - RUIDOS

Sim Não

HTD: Roncos Sibilos Estertores

HTE: Roncos Sibilos Estertores

FE: _____ mmHg SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: Normal Palida Cianótica Ictérica Escarlate

TEMPERATURA DA PELE: Normal Quente Fria

PULSO: Normal Aumentado FIBO Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: Regular Irregular Ausente

BULNAS: Normotônicas Hipotônicas Hipertônicas Ausente

SOPRO: Presente Ausente

SE OU RA: Sim Não

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

ECO: *sem estudo por ausência de estudo*

ABDOMEN *Pleno de dor para estudo posterior, não*

DEFICIT NEUROLÓGICO

Fólias: Homóginas Paralisadas Isocóricas Anisocóricas

Escala de Glasgow: _____

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4-anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Esquiva	4	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Localiza a dor
Ao estímulo contínuo	2	Retira o membro
Nenhuma	1	Flexão anormal (abertura)
		Extensão anormal (desarticulação)
		Nenhuma
TOTAL:	15	

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 07 FEV. 2018
 PROTOCOLO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: ELIANE PEREIRA MARTINS

BE: 904263

DATA: 17/3/2016 12:21

DATA EXAME: 04.03.2016

RX. PERNA ESQUERDA AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.



Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de
urgência/emergência
Causa: Sugorimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.170.567 -2 VIA

NOME: ELIANE PEREIRA MARTINS

FILIAÇÃO: LUIZA PEREIRA MARTINS

NACIONALIDADE: ALIANÇA-BE

DOB: 01/12/1985

DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1985

DESCR. N.º: 2325 ELS. 24 LIV. A-22

CARTÃO: CARTONIO ALIANÇA BE

063.388.964-44

LE Nº 7.116 DE 25/08/88

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

ELIANE PEREIRA MARTINS

116-D
V-02-A




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.170.567 -2 VIA

NOME: ELIANE PEREIRA MARTINS

FILIAÇÃO: LUIZA PEREIRA MARTINS

NACIONALIDADE: ALIANÇA-BE

DOB: 01/12/1985

DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1985

DESCR. N.º: 2325 ELS. 24 LIV. A-22

CARTÃO: CARTONIO ALIANÇA BE

063.388.964-44



LE Nº 7.116 DE 25/08/88

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

ELIANE PEREIRA MARTINS

116-D
V-02-A

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

67 FEV. 2018

PROTOCOLO

AC. Nº 000.000.000



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO: 802.979 - 2 VIA ANTECIPAÇÃO DATA DE: 01/11/2011

NOME: AMA GLÓRIA DA SILVA CANAGA

FILIAÇÃO: JOÃO SEBASTIÃO DE A SILVA
DALLIA EMPREIRA DA SILVA

NAT. ORIGEM: JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIM: 09/05/1961

TÍTULO: CASAM N. 18104 FLS. 385 LIV. B29
CARTÓRIO: 1 JOÃO PESSOA PB
365-023-914-00

ASSOCIADA: [Signature]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
67 FEV. 2018
PROTOCOLADO
AC. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Eliane Pereira Martins
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 3 170.567
CPF: 063.388.964-44
Profissão: do lar
Endereço: R Plácido de Oliveira Leme, nº94, Imaculada
CEP: _____
Telefone: (83) 98666-3691 / 98769-705

OUTORGADO:

Nome: Ana Cláudia de Silva Câmara
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: viúva
Identidade: 882.779.550-PB
CPF: 365.023.914-00
Profissão: do lar
Endereço: R da República, nº399, Centro
CEP: 58010-18
Telefone: (83) 98873-0311

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Eliane Pereira Martins

João Pessoa, 29/01/2018

Local e data

x Eliane Pereira Martins

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

 **CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO**
2º Ofício Notarial
Angela Mendes C. Caetano
Rudângela C. Caetano Mirocha
substituta

AC - LIBERDADE - 436 - NAVEUX-36 - CENTRO-577 - CEP: 58206-001 - Tel: (83) 3233-2001

Reconheço, caso autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....

ELIANE PEREIRA MARTINS.....

Em festa de verdade. Bona-fé. 29/01/2018 10:51:51

Angela Mendes C. Caetano - Titular

12018-000105700183 Nº 408472-158 4228 FRENTE 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: 66123002-1668

Confira a autenticidade em: MoraesVeindigital.com.br

Substituto

