

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9430472

A/C: JOSE CARLOS CAJE

Sinistro: 3160446982 ASL-0967298/16
Vitima: JOSE CARLOS CAJE
Data Acidente: 29/02/2016
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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9430473

A/C: JOSE CARLOS CAJE

Sinistro: 3160446982 ASL-0967298/16
Vitima: JOSE CARLOS CAJE
Data Acidente: 29/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/06/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2017

Carta nº 10391383

a/c: JOSE CARLOS CAJE

Sinistro: 3160446982 ASL-0967298/16
Vitima: JOSE CARLOS CAJE
Data Acidente: 29/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSÉ CARLOS CASE
PORTADOR(A) DO RG Nº 2713642 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 30/11/1999
CPF 7113796304-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO APRESENTADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0039 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13383-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LUCENA 13 de JUNHO de 2018

LOCAL E DATA

José Carlos Case

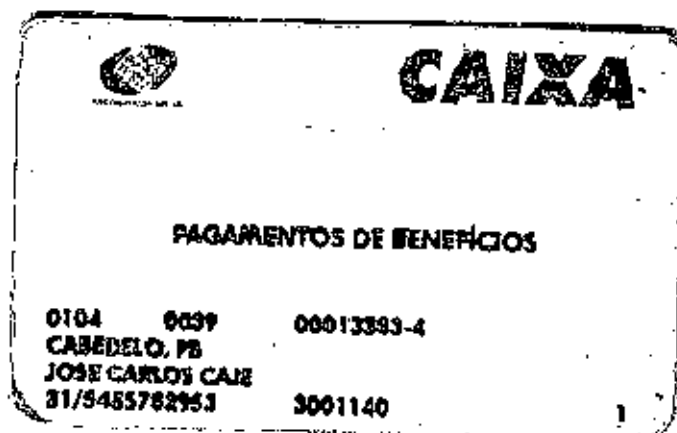
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

17:17 24/06/2016 239287 53030088 L'OR PRINT 4





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUCENA



CERTIDÃO

172/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, o Registro de Ocorrência N° 172/2016, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de junho do ano de 2016 do ano de, nesta Cidade de Lucena, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial, Bel. **FRANCISCO MARINHO DE MELO, Delegado de Polícia Civil**, aí por volta das 11: hs 05. min: compareceu: **JOSE CARLOS CAJÉ**, brasileiro, solteiro, 49 anos, vigilante, natural de Santa Rita/PB, filho de Benedito Cajé e de Joana Maria da Conceição, RG 2713642 SSP/PB, CPF 713 796 304 87, residente na Rua Agrício José de Lima, 215, Bairro Novo, Lucena, fone 987366957. **CIENTE DAS SANÇÕES CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO (A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE:** Na madrugada de 29/02/2016 foi vítima de acidente automobilístico quando ia de garupa na motocicleta **HONDA CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO 2012/2012, PLACA OFG 1194/PB, CHASSI 9C2KC1680CR468167 EM NOME DE CICERO DA SILVA BARBOSA**, na localidade conhecida por Sítio Jardim, Zona Rural desta Cidade, ocasião em que o condutor da motocicleta acima citada chocou-se contra uma motocicleta desconhecida; Que com o impacto o noticiante veio ao solo, ficando com ferimentos diversos; Que foi socorrido pelo Samu até o Complexo Hospitalar Mangabeira, onde deu entrada por volta das 05 hs 17 min, apresentando fraturas, passando por cirurgias e ficando internado até 03/03/2016. O referido é verdade. Dou fé.

Lucena (PB), 06/06/2016

CARTÓRIO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, D
HUTEMTICAO
presente cópia reprográfica arquivada nesta serventia, que confere
em fé.
Lucena, 06 de junho de 2016.
CARTÓRIO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, D
AV. Américo Falcão, 1050 - Centro
Tel.: (83) 3293-1262
Lucena - PB

Em fé de verdade
Salute Gomes de Mendonça Santos

* Selo ADM37011-ANV *
Identificação em <http://selodigital.tjpb.jus.br/>

Salute Gomes de Mendonça Santos



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA

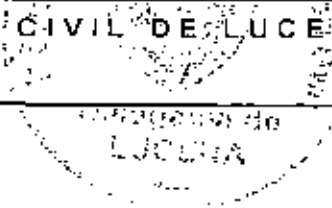
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUCENA

Jane Carlos Costa

NOTICIANTE

[Signature]

ESCRIVÃO



TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E ÔFÍCIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, D

AUTENTICAÇÃO

Autentica a presente cópia reprográfica extraída desta escritura, que confere
o original. Dou fé.
10 de junho de 2016.

Em testilhado da verdade
Salette Gomes de Albuquerque Santos

* Selo 40432593-75PB *

[Signature]

CARTÓRIO JOSÉLIO PAULO NETO
Av. Américo Falcão, 1050 - Centro
Tel.: (83) 3293-1262
Lucena - PB

17:17 24/06/2016 239276 SECRETARIA LUCENA 4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSÉ CARLOS CASÉ, portador da carteira de identidade nº 2713642 e inscrito no CPF/MF sob o nº 713.796.304-87 residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N Cidade LUCENA Estado PARAÍBA, 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.

José Carlos Casé

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

LUCENA, 13 DE JUNHO DE 2016.

Local e data

17:17 24/06/2016 239285 SGT/DPVAT



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



JOÃO PESSOA

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 29/10/2016	ID da Ocorrência 1142153	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 57	Plantão <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 02:00 HS	Hora de Chegada no Local HS
Paciente / Usuário Joaquim Carlos Lima				Idade 61	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone
Local da Ocorrência: João Pessoa Sápia Rita Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: Pombal						
Logradouro Rua ...				Bairro Zona Rural	Médico Regulador Dr. ...	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BIPTRAN <input type="checkbox"/> Outro						
QTA: Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiuse do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Atividade

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

☐ Colisão carro x moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por

☐ Colisão carro x carro

☐ Espatamento

☐ Outro: moto x moto

☐ F.A.B.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Afogamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ Solavanco / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outros

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

Outros:

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Drogas

☐ Hipertensão Arterial

☐ Intoxicações Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS

PA 120 x 80

FC 115

PR 16

HGT: —

SpO2 - S/O2: 95

SpO2 - C/D2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem

Intervenções

Evolução do Enfermeiro

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normais ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHAÇOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hólio Estíco

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☒ Sim - Local

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2 seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

☒ NGC 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Anamnese ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal semanas

Encontrador: ☐ Occlusão Unilateral ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Simples ☐ Desenvolvendo ☐ Duplo

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sem resposta ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> OEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Drenagem de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução das aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Câmbio Occlusor	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Drogaquai	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input checked="" type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Oclusão elástica	<input type="checkbox"/> Instalação de Drogário (OD)	<input type="checkbox"/> Função venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gastrica	<input type="checkbox"/> Outros

Descrição do procedimento(s):

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
 Objeto:

Assinatura - Local

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR

MATRÍCULA

TEC. ENFERMAGEM

COREN

ENFERMEIRO

COREN

VEICULO

CRM

Informações de Prescrição Médica Escrita pelo Paciente: ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

Dr. [Assinatura]

27:26

ENIGMA PAPER-ONE Answered by L. H. BAKER
 Chief, Enigma Club, 1400 12th St. S.W., Wash., D.C.
 Enigma Club, 1835 14th St., N.E., Wash., D.C.

Has Freely Answered Every Enigma Since 1910
 Address: 1400 12th St. S.W., Wash., D.C.
 Enigma Club, 1835 14th St., N.E., Wash., D.C.

13/08/2016



CERTIDÃO

Nº. 0652/2016

Atendendo solicitação de **JOSE CARLOS CAJÉ** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 831968 e Prontuário Nº 2016.02.002500 pertencente ao requerente que foi atendido no dia 29/02/2016 às 05H17min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta com desvio do 5º pododáctilo do pé direito e fratura fechada do 4º quirodáctilo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/02/2016, 03/03/2016 com alta dia 03/03/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Britto Lyra, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de Maio de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

17-11-24/06/2016 23:28:00 55881001 L.238 PMAT 4

PRIMEIIRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLENO HOSPITAL MANGABETRA
AL. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: 83/3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 631968 Adm: Per Regulad
Data: 29/02/2016
Hora: 05:17:00
Recepcionista: JOELMA TRIO AQUINO DE
Clinica: CIRURGICA

DAVOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE CARLOS CAJE

Num. Prontuario: 2016.02.002500

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1956 Id: 49 ano(s)

End.: ,

Bairro: ZONA RURAL Cidade: LUCENA UF: PB

Pa.: BENEDITO CAJE

Mae: JOANA MARIA DA CONCEICAO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE CARLOS CAJE

Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: SAMU

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

RA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Pressor: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: Oz:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Drª Josiane Pereira da Silva
Enfermeira
COREN-PB 320136

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com queixa de dor abdominal, localizada no quadrante superior direito, com intensidade moderada a forte, iniciada há aproximadamente 1 hora, sem relação com alimentação. Não há vômito, náusea ou febre. Paciente consciente e orientado.

Conduta

Horario da medicacao

17:17 24/06/2016 23:29:21 CEM/PRM LUCENA 4



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Carlos Costa Data da Admissão: 29/01/14
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor no pé e mão?

HDA: Feito exame de ecografia nos membros inferiores apresentando FCC no pé direito e edema e hematoma paravascular no pé direito e edema e hematoma paravascular no pé esquerdo.
No exame: - Deformidade e exposição da P.D. e notável presença de mau perfusão
- edema e deformidade e exposição do pé D.D.

Medicações em uso:

Halobal e Clonazepam + Flexal 100mg (2x ao dia)

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



Nome:	<i>Pt Carlos Lopes</i>							Registro:																										
Idade:			Sexo:			Cor:			Clinica:				EMP:				LR:																	
Data:									Cirurgião:	<i>JR ORLANDO RAIOS DEXCHOMI 03/11/2011</i>									1º Assistente:															
2º Assistente:												3º Assistente:												Instrumentador:										
Anestesista:												Tipo Anestesia:												Horário:			I:				T:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO																	CID																	
<i>Friatura pelvica midline 4ª DS (D)</i>																																		
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO																	CID																	
<i>D Nervo</i>																																		
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)																	CÓDIGO																	
<i>Osteoplastia</i>																																		
Acidente durante Ato Cirúrgico												Descrava:																						
1() Sim																																		
2(X) Não																																		
Biópsia de Congelação:																																		
1() Sim																																		
2(X) Não																																		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:																																		
Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico																																		



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Joni Carlos Cargi</u>				Registro: <u>.</u>	
Idade: <u></u>	Sexo: <u></u>	Cor: <u></u>	Clínica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>29/02/16</u>	Cirurgião: <u>Dr. Tundo</u>			1º Assistente: <u>Dr. Tundo</u>	
2º Assistente: <u></u>		3º Assistente: <u></u>		Instrumentador: <u></u>	
Anestesista: <u>Dr. Cavale</u>		Tipo Anestesia: <u>Local</u>		Horário: I: <u></u>	T: <u></u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Int. capta de abd. do p. 10</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>Int. capta + de abd. do p. 10</u>					
<u>de abd. do p. 10</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Int. capta de abd. do p. 10</u>					
<u>Int. capta</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não					Descreva:
E opista de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob anestesia
 Regime e colocação da capota
 Limpeza e antisséptico da área
 nº 0,97

Incisão:

Abertura de de desenvolvimento de 5? de
 do nº 2 para dentro e profundo
 Divisão de fáscia e cutâneo, e de
 tendão em 4.º. 1.º. 2.º. 3.º. 4.º.

Achados:

de 1.º. 2.º. 3.º. 4.º.
 1.º. 2.º. 3.º. 4.º.
 1.º. 2.º. 3.º. 4.º.

Conclusão:

Fechamento:

OBS:

Devido à fragilidade de fáscia e cutâneo
 1.º. 2.º. 3.º. 4.º.

Data: 29/05/00

Dr. Túlio A. M. Tormes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 59307 SBO 8740
 MÉDICO/CRM



RECIBO
NOME: JOSE CARLOS CAJE
Benedicto Cajé
Joana Maria da Conceição
Santa Rita-PR
NAT. 14.07.1966
Cert. Nascm. 3543-Fls. 79-Lav. 105.
POL 30051

[illegible]

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO
2.900

Handwritten: 3000 0000 0000

Handwritten: 3000 0000 0000



4996383/46

JOAO SPSSOA-NE
32280
29/04/2011
3921

3923-1635456-2016.425

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO:



Seguros
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0967298/16
Vítima: JOSE CARLOS CAJE
CPF: 713.796.304-87

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/02/2016
Titular do CPF: JOSE CARLOS CAJE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE CARLOS CAJE : 713.796.304-87

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.

Portador da documentação entregue

Data: 09/07/2016
Nome: JOSE CARLOS CAJE
CPF/CNPJ: 713.796.304-87

JOSE CARLOS CAJE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/07/2016
Nome: ROZIMERE CARDOSO MOREIRA VILLAR RUMIE
CPF: 900.783.907-10

ROZIMERE CARDOSO MOREIRA VILLAR RUMIE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE CARLOS CAJEDATA DO ACIDENTE 29/02/2016 CPF DA VÍTIMA 713.796.304-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE UF CEP

E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

13/06/2016

IDENTIDADE

271.364-2Jose Carlos Cajé

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA

MATR. CORREIOS

NOME

ASSINATURA

10/14

Probag Embalagens Especiais

B4 250 x 353 mm



CORREIOS

AR

MP

PESO (kg)

76

SA 52578863 6 BR



DESTINATÁRIO

PEDIDO DE
SEGURO LIDER/ A/C SONIA FARO

ENDEREÇO

RUA SENADOR DANTAS, 74 15ª ANDAR

CEP

20031-205

CIDADE

RIO DE JANEIRO

REMETENTE

José Carlos Case

FONE

ENDEREÇO

RUA TRATEADA S/Nº CARRAP

CEP

58313000

CIDADE

LUCEMA

UF

PB

USO EXCLUSIVO
DOS CORREIOS

- ☐ Mudou-se
☐ Recusado
☐ Desconhecido
☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente
☐ Não existe o número indicado
☐ Outros (especifique):

TENTATI
DE ENTR

1ª: / /

2ª: / /

3ª: / /

Rubrica do responsável



MATERIAL RECICLÁVEL