



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](http://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](http://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 inicio 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,



---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta n°: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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](http://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 CASTE

POR(TADORA) DO RG Nº 2713642 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 30/11/1999

CPF 70137996304-874 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ADM. SANTARO

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 empresarial) 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](http://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.**

SENHA DO USUÁRIO DPVAT 4

SENHA DO USUÁRIO DPVAT 16 2339286

17:17 24/06/2016

**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 (TODO OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10039 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

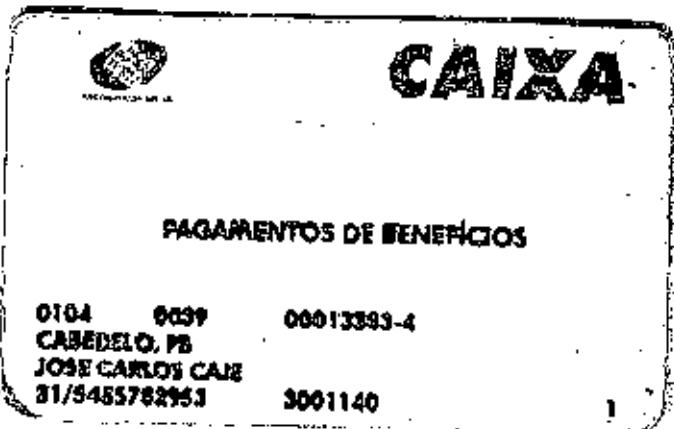
LUCENA 13 de JUNHO de 2016  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Bolétim de Ocorrência



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 Nº 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 CIVIS, 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

REGISTRO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TITULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE INFVEIS, D  
R. H. T. E. H. T. I. C. A. G. E. O.  
A presente cópia regráficada extraída desta serventia, que confere  
a validade de original, dia 16.  
Tel.: (83) 3283-1262 Centro  
Lucena - PB

É feito 06/06/2016 de verdade  
Salvatore Góes de Oliveira Santos

E-Selo ADHESIVO-ANEXO 1

Este documento é identificável em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUCENA

Maria Callas Carvalho

NOTICIANTE

DELEGACIA DE  
LUCENA

Silvana  
ESCRIVÃO

TABELLIQUATO DE CARTAS E DE FRATOSSE DE TITULOS E OFICIO DE REGISTRO DE INVENTÁRIO.

A U T E N T I C A Ç Ã O

Autentica a presente cópia reproduzida extraída desta serventia, que confere  
original, Enc. f.º  
10 de junho de 2016.

En lajido, 10 de junho de 2016  
Silvana Góes de Oliveira Santos

• Selo 40038983-73PB •

Silvana

CARTÓRIO JOSE EDUARDO PAULO NETO  
Av. Américo Falcão, 1050 - Centro  
Tel. (83) 3283-1262  
Lucena - PB

17:17 24/06/2016 239276 SERVIDOR LER JAVI 4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSÉ CARLOS CASE, portador da carteira de identidade nº 27.13642 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 da 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 à 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 Case

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

LUCENA, 13 DE JUNHO DE 2016.

Local e data

17:17 24/06/2016 239285



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

Comprovante de ato de deodoração  
00005



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> MT	Nº Equipe	Plano:	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
23/10/2016	114216	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	02:00 Hs	02:00 Hs

Paciente / Usuário <i>J. L. L.</i>	Idade <i>61</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Vocal da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Sapirito <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Contagem <input type="checkbox"/> Outro: <i>Centro</i>	Bairro <i>Ribeirão das Neves</i>	Médico Regulador <i>Dr. Vitor</i>
Lugradouro <i>Rua das Flores</i>		
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 checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BIFTRAN <input type="checkbox"/> Outro		
OTA - Socorridos por festeiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Futebol <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

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo <i>Trombose</i>	Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS	Responsável: _____
Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Aropetamento por _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <i>sai de carro x moto</i>	Hospital de Destino: _____
<input type="checkbox"/> F.A.S. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico	Responsável: _____
<input type="checkbox"/> Outro: _____	ANTECEDENTES
	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Intoximações Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infeccio-Contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo  Outros: _____

1. DADOS VITAIS  
P.A: *120x80* FC: *13* FR: *16* HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - SPO2: *95* SpO2 - C/DO2: \_\_\_\_\_

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *Doença pulmonar crônica agudizada*  
Intervenções: *Aplicação de oxigênio 100% via máscara*

Evolução do Enfermeiro: *Ensaio de oxigênio com máscara com 100% de O2. Paciente com dificuldade respiratória intensa. Apareceu sibilos e roncos. Paciente com dificuldade para falar.*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

*Manutenção da oxigenoterapia com máscara de 100% de O2. Monitorizar a saturação de oxigênio e a frequência respiratória.*

2.1 - VIA AÉREA:  
 Cerrado  Ostruindo parcialmente  Ostruindo totalmente  Corpo estranho  Edema de glote  Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:  
 Espontânea  Assistida  Ritmo irregular  Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:  
 Normal  Superficial  Regular  Irregular

2.3 - ACHADOS:  
 Cetose  Hemopisia  Expectorado  Enfisema subcutâneo  Hálito Etílico

3.1 - CIRCULAÇÃO:  
 Fria  Úmida  Palpeza  Quente  Seca  Normal

3.1 - EDEMAS:  
 Sim  Sim - Local: \_\_\_\_\_

3.2 - PERFUSÃO:  
 Normal  Retardada (<2seg)  Ausente

3.3 - PULSO:  
 Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

3.4 - E.C.G.  
 Normal  Alterado  Não realizado

4 - EXAME NEUROLOGICO 15

EEG: \_\_\_\_\_

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abdome: \_\_\_\_\_ Hemorragia vaginal:  Tracinho de sangue  Normal semanas

Encontrado:  Ocoabdômen Urtigado  Lateral  Ventral  Simpatico  Desenvolvido  Seco  
Nível de Consciência:  Consiente  Otimizado  Inconsciente  Algo Desorientado  Desorientado  Semprema  Agitado

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> SGA	<input type="checkbox"/> KEP Paulo	<input type="checkbox"/> Seca vésical
<input type="checkbox"/> Bonde de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> XEP Manil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orotráqueal	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talias / Tração
<input type="checkbox"/> Celul cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragias	<input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Pinça longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricoideostomia	<input type="checkbox"/> Infarto de Dígitos (ODI)	<input type="checkbox"/> Purgação venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Lumbar	<input type="checkbox"/> Intubação da manobra	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros

Descrição do sítio do procedimento(s): \_\_\_\_\_

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

Não  
 Sim  
Objetos

Entregue a: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR

MATRÍCULA

TÉC ENFERMAGEM

COREN

ENFERMEIRIA

COREN

NES / U.P.

CRM:

Informações de Preparo para Encaminhamento Paciente:  Recusa Remoção  Recusa Atendimento

Dr. \_\_\_\_\_





## CERTIDÃO

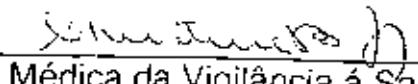
Nº. 0652/2016

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 Tarcisio Buriti, 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

17/05/2016  
239293  
MEDICINA DA SAÚDE





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 29/01/16

Nome: José La Pe Caff  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Não me fiz e nasci?

HDA: ficou viagem de volta de santo terezinha  
fiquei exposto ao sol E com isso fui a febre + calafrio  
+ febre alta febre amarela F 40°C e 41°C +  
adormi (fiquei 10 dias e fiquei com F 40°C e 41°C)  
Depois fiquei com febre alta + febre alta  
F 40°C e 41°C e notei que expostos ao  
sol meu peso perdeu  
- febre + febre amarela + febre alta  
até 40°C e 41°C

Medicações em uso:

Nadolol + Clorazepato + Placebo (não sei o que é)

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Ictericia [ ] 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 [ ] Expectorção [ ] Hemoptise  
[ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Soluço [ ] Regurgitação [ ] Hematemese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematuria  
[ ] Mal Cicatio [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidex pós-reposo [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

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



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edilson Soárez</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cod.	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: DR. ALEXANDRE RAIOS SICOGONE <i>(16/07/2011)</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Fistula fehely aderente 4º D. S (D)</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>Omissis</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Osteosynthes</i>		

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

1717 24/06/2016 2359283



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Carlos Corrêa</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>29/02/16</u>	Cirurgião: <u>Dra. Tânia Ferreira</u>			1º Assistente: <u>Dra. Tânia Ferreira</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:			Instrumentador:
Anestesista: <u>Dra. Cláudia</u>	Tipo Anestesia: <u>regional</u>			Horário: <u>10:00</u>	T:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fract - esquerda clavicular

17117240678162339344

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Fract - esquerda + clavicular malha  
do clav. dobra

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

fract clavicular abr

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descrição:
Exsiccisão de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Vent DDT sob curvatura  
Preparo e elevador o corpo fibras  
lungs e com cuidado evitando os  
fibras de 0,9%.

**Incisão:**

Expondo o colo vertebral da 5ª vértebra  
do lado oposto ao arco e profundo.  
Dividir o tecido conjuntivo, elástico  
e muscular na direção perpendicular ao colo.

**Achados:**

de Fissura óssea  
osteosíntese com nártex 3x3  
unifocal  
placa presente

**Conduta:**

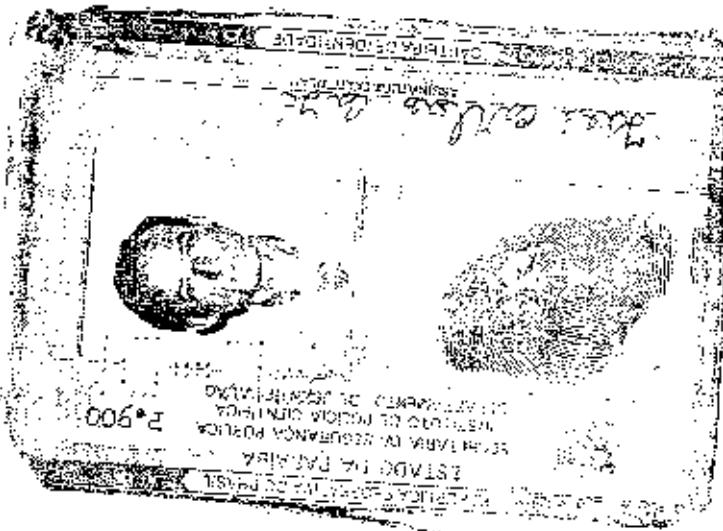
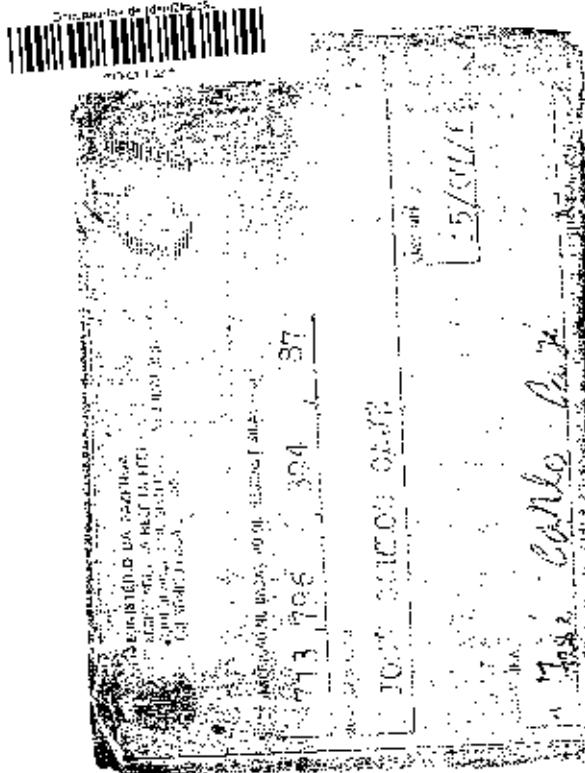
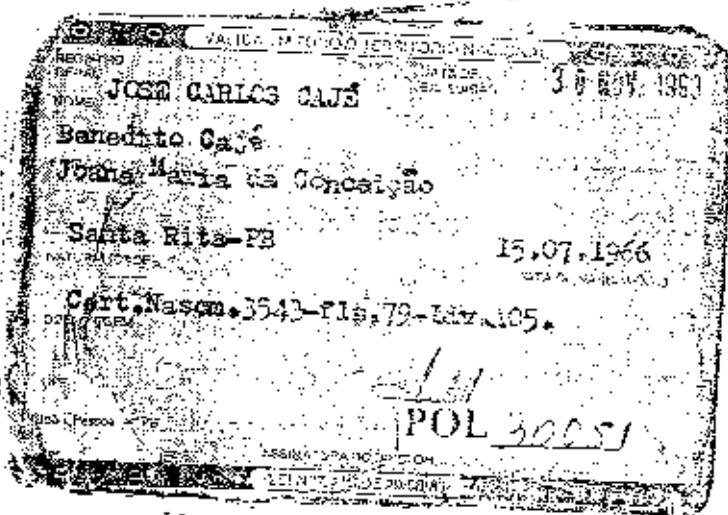
**Fechamento:**

**OBS:** Descrever é explicar os fatores que levaram ao resultado obtido.

Data: 29/01/06

Dr. Túlio A. M. Tormes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 59307 SBOT 8740

MÉDICO/CRM





This image shows a portion of a document page, likely a title or header. The text is printed in a bold, black, sans-serif font. The top line reads "REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL". Below it, the word "DETALHAMENTO" is visible, though partially cut off on the right side. The paper has a slightly aged appearance with some minor texture and discoloration.

DETAN - PR  
CERTIFICADO DE REGISTRO ELETÔNICO ANEXO AO TÍTULO DE VEÍCULO  
Nº 012507074762  
MARCA: 129-5500037 1939-09-01  
COABE94602-A100K00000007 2016  
CSCBRC 01 12-14-2016

CICLO DE ALIVIACIONES

49969837467 28-11-1963 ORG 1967/1  
U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1967 100-1337-1

EG150 FAN ESTD

2013 2012  
2013 2012

FRITA  
00/00/0000

DE CONV. HATA UDOA

OCALINE 5

28/04/2011  
3921

3921

ROAD PASSAGE

3223

三

29/04/2011  
3921

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseguradotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA MISSAO - 29/04/2016  
2016-04-29  
19961937403

046124 HONDA/CG150

9718C2RC1680CR468467

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
- CONSTRANCO -  
\* \* \* \* \*

**SECURE**

29/04/2016

**ADALÉD - DPVAT**  
CPAJ 05.358-800001-00  
[www.adaladevadavideis.com.br](http://www.adaladevadavideis.com.br)

**SEGURADORA LÍDER - OPVAT**

**www.saguradafidelis.com.br**

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Outras  
00800  
Portador do seguro 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

Outras

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por Invalidade 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 José Carlos Caipe  
 DATA 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 \_\_\_\_\_

## ENDERECO DO PORTADOR

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ FONE/FAX (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA:  SIM  NÃO
- UNA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ 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)
- 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, TAIIS 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, TAIIS 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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/06/2016IDENTIDADE 271.364-2Assinatura Marcelo Carlos Caipe

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

B4 250 x 353 mm

Probag Embalagens Especiais

10/14



DESTINATÁRIO

SEGURO DE VIDRO / ALC SONIA FARI  
ENDEREÇO

RUA SENADOR DANTAS, 74 15º ANDAR

CEP

20031-205

CIDADE

RIO DE JANEIRO

REMETENTE

JOSÉ CARLOS CASE

ENDEREÇO

RUA TRAJANO SIMEONE

CEP

38316000

CIDADE

MUCENIT

UF 93

USO EXCLUSIVO  
DOS CORREIOS

- Mudou-se
- Recudado
- Desconhecido
- Não procurado
- Envelope Insuficiente
- Não existe o número indicado
- Outros (especifique)

TENTATI  
DE ENTR

13:

24:

34:

Rubrica do responsável



MATERIAL RECICLÁVEL