

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519661 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661

Vitima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180519661**.

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, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180519661**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

0101868118

CPF da Vítima

601.474.904-72

Nome completo da vítima

NATIVO BANBOSA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo NATIVO BANBOSA DE LIMA	CPF titular da conta 601.474.904.72	Profissão ATÔNOMO
Endereço Rua Silva Jardim	Número 1.550	Complemento CASA
Bairro JOSE PINHEIRO	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB
Email BALBINOS.C6@HOTMAIL.COM	CEP 58.100.000	Telefone (DDD) (83) 99829-8855

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
BRADESCO	237		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0639	4	30260	0
(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.

05 de Novembro de 2018

Local e Data

Nativo Bambosa de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00123.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 30/12/2017

Hora: 17:08:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Em Frente Ao Paraíso do Alemão, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Nativo Barbosa de Lima
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Henrique da Conceição e José Barbosa de Lima
	Idade: 70
	Data de Nascimento: 08/09/1947
	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira
	Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: viuvo(a)
TESTEMUNHA	Escolaridade: Não informado
	Profissão: Ambulante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 601.474.904-72
	Endereço: Rua Silva Jardim, 1550, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98882-6546
	Nome: Francisco Pereira Barbosa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
	Idade: 36
	Data de Nascimento: 12/10/1981
	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira
	Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado
	Profissão: Vendedor
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 012.306.644-16
	Endereço: Rua Severino Herminio de Carvalho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98839-1535



TESTEMUNHA

Nome: Francisca Pereira Barbosa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
Idade: 35 **Data de Nascimento:** 20/11/1982 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Iguatu
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Balconista
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3139015 SSP/PB
Endereço: Rua José Pereira Neto Filho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98687-2010

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca WUYANG, modelo WY50QT, tipo de veículo Ciclomotor, cor branca, ano 2014, placa QFY-8689, chassi LWYMCA209E6013437, renavam 0107252820-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor I/WUYANG WY50QT, Ano/Modelo 2013/2014, cor branca, Placa QFY-8689-PB, Chassi de Nº LWYMCA209E6013437, licenciada em nome de

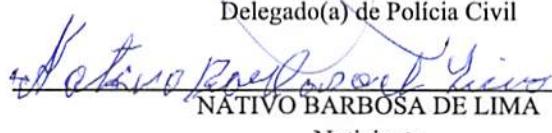
Nativo Barbosa de Lima, quando trafegava em frente a Cervejaria Paraíso do Alemão, bairro de Bodocongó, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, entrou trancando, tendo o comunicante colidido na lateral da citada motocicleta, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de abril de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil


NATIVO BARBOSA DE LIMA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00123.01.2018.2.00.420



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 interditada 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

NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF da Vítima

601.674.904-72

Data do Acidente

30.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

C. Grande . 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Karen Barbosa de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 30/12/2017	HORA: 17:08 HS	ID Nº: 1662048
NOME: NATIVO BARBOSA DE LIMA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: EM FRENTE AO PARAÍSO DO ALEMÃO - BODOCONGO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 7 de março de 2018.


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



ADRIANA BARBOSA DE LIMA
RUA SILVA JARDIM, 1550 - JOSE PINHEIRO
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58100000 (AG 401)

Emissao: 08/10/2018 Referencia: Out / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA PROJETO PEC 104 Sudeste - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58423-700
Roteiro: 4 - 401 - 254 - 1360 N° medidor: 0000045983

energisa
ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 03.825.596/0001-95 Inscrição Estadual: 16.003.639-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°012.053.513
Cód. para Débito Automático: 00000429928

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	09/10/2018	08/11/2018	016.217.734-96 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 4/42592-6

Canal de contato

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

Anterior	Data	Leitura	Atual	Data	Leitura	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo									
									Quantidade (kWh)	Vazia Base Cálculo	Alm. (km) (R\$)	Base Cálculo Prc (R\$)	Outras (R\$)	Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Prc (R\$)	Imp. Cofins (R\$)	(1,045%)(4,955%)
10/09/18		7245	09/10/18		7348		1	101										
0801	Consumo até 50kWh-BR	30.000	0.252240	7,58	7,58	27	2,04	7,58	0,05	0,37								
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0.432420	30,27	30,27	27	8,17	30,27	0,32	1,51								
0801	Consumo - 10' a 220kWh-BR	1.000	0.643960	0,84	0,84	27	0,17	0,84	0,01	0,03								
0801	Adic. B. Vermelha			3,97	3,97	27	1,07	3,97	0,04	0,20								
0810	-Subsídio			40,39	40,39	27	10,91	40,39	0,44	2,02								
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																		
0807	CONTRIBUICAO PÚBLICA			5,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								
0805	MULTA 08/2018			0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								
0808	Devolução Subsídio			-27,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 62,69 82,92 22,26 32,83 0,89 4,13

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 18/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 62,69

Histórico de Consumo (kWh)

83 | 97 | 94 | 93 | 94 | 94 | 104 | 101 | 103 | 92 | 81 | 80
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

aac7.5b98.d9bc.790a.c027.1836.7c62.f9d7.

Indicadores de Qualidade			Consumo da Conta		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,31	0,00	Serviços de Dist. da Energia/BC	7,83	12,49
DIC TRIMESTRAL	10,62	NOMINAL	Compra de Energia	15,38	24,53
DIC ANUAL	21,25		Serviço de Transmissão	1,90	3,03
FIC MENSAL	3,38	0,00	Encargos Setoriais	5,31	8,28
FIC TRIMESTRAL	6,86	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	34,27	54,67
FIC ANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DIAC	1,93	0,00	Total	62,69	100,00
DICRI	11,24		Valor do EUSD (Ref 8/2018): R\$1,81		



ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informática que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi encarada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,03.

Faturas em atraso

Set/18 49,50

BORBOREMA
energisa
Roteiro: 4 - 401 - 254 - 1360
Matrícula: 42592-2018-10-5
18/10/2018 18/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 62,69
83680000000-9 62690147000-7 00425922018-6 10500401019-2





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1571412 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE LIMA CEP:58400002 Nascimento:08/09/1947

Endereço:JOSE NETO FILHO Sexo:M Telefone: 88391535

Cidade: Campina Grande Idade:070 Bairro:BODOCONGO

Nome da Mãe: MARIA HENRIQUE DA CONCEICAO RG: N°:275

CPF: Profissão:APOSENTADO

Responsável: Data de Atend:30/12/2017 CNS:706402674473886

Estado Civil:Viúvo(a) Hora: 17:47:49 CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:

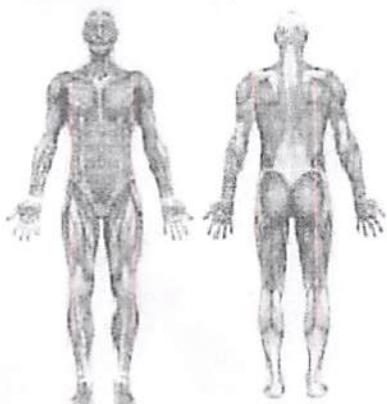
CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Lacerção |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Engravidado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortiço | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortiço | 36. |

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: *Politrauma*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*paciente vítima de colisão moto-moto, patente
capte. Perdeu consciência direto. Sem outras
queixas. Negou vómito ou perda de consciência.
Ao exame, Tora e adomar sem alterações.*

ALERGIA:

Neg

MEDICAMENTOS:

Neg

PATOLOGIAS:

Neg

EXAME FÍSICO

PUPILAS Fotorreagentes Isocóricas Anisocóricas ()Glasgow 15 PA _____ HGT: _____ Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias: *torax* _____
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Destituição* às _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Ajendimento inicial</i>	
2	<i>Exame (13) ocular Pto</i>	
3	<i>Exame (13) Pto</i>	
4	<i>Exame (13) Pto</i>	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Netrve Barbosa</i>										PRONTUÁRIO:	<i>914</i>
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:					
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

REALIZADO
SO
2018
05
NOV

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

hx clínico o ap
+ Z anex

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: *30/11/12*

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES[®]

REQUISIÇÃO DE EXAMES

PRONTUÁRIO:										
NOME:	Waltero Boulosen									
IDADE:										
SEXO	COR:					PESO:				
M	F	B	P	A						
CLÍNICA:						ALTURA:				
ENF.:										
LEITO:						914				

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 30/12/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

07 NOV 2000



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopédia 19:50

paciente vítima de corte e de

mão direita e clavicula

Agravos físicos e reações referentes

Fratura de clavicula e ferimento

CD: Acidente permanente ambulatório

Alta da ortopédia 20:55

Vidros da janela quebrados

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-5965

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____: _____ hs.

 Centro cirúrgico _____ Internação (setor) _____ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Alta hospitalar / A revélia\ Decisão Médica Óbito

Francisco Pottura Bedana
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Fratura clavicular esquerda 20:48 30/12/17
Em tempo, paciente consciente, orientado, si levava alguma suposição, hemodinamicamente estável, ECG = +5, pupilas规正as e reagindo a estímulos e fundo de olho normal. Rx tórax sem lesões. FAST: ausência de esquistocrite recte. Tórax, abdome e peito sem lesões. ex. fratura.
Já liberado do setor de

CD: Decisão Médica

Acta hospitalar. *Dra. Milena Macedo*
CRM-PB-9261

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Nativo Barbosa de Lima		
End:	Rue José Neto Filho 275 Bairro: Bodocango		
Data de Nascimento:	06/09/67	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend:	30/12/17 Hora: 17:08 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

de moto

Classificação de Risco

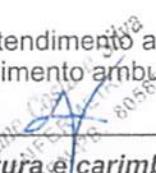
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110


 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial


Assinatura e carimbo do profissional



PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE LIMA
DATA DO EXAME: 30/12/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

ANÁLISE:

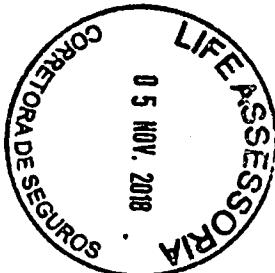
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural.

Esteatose hepática difusa acentuada, limitando avaliação de lesões focais no parênquima hepático.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no baço e rins, identificáveis ao método.

*Ressalta-se a limitação do método na detecção de lesões em órgãos sólidos, vísceras oca e no retroperitônio.


Dra. Míriam Maria Barbosa Albino
Médica Radiologista
CRM/PB 6435





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

*Not. 110 B. de
Lima
Fisioterapia*

*Reabilitação
do M. S. D.*

10 sessões

*Dra. Fernanda
Bueno*

Dr. Ademir C. Marreker
CRM-PB: 23.3
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MED. DE TRABALHO
TEL: 3322-XXXX

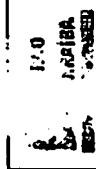
05/3/2018

Data

Médico

MOD. 001





H.º 0
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

P/ EXAME: NATIVO BARBOSA DE LIMA

DATA DO EXAME: 30.12.2017

RE: RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA

Fratura da clavícula sem desvios.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas

P/ EXAME: DIGRÁFIA DE OMBRO

Fratura da clavícula sem desvios.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas

21



M23
Dra. Catarina A.
CRM PB 6278



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Wyllmo Barbosa de
Pinha
foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 60 (Parente)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande,

30/12/2017

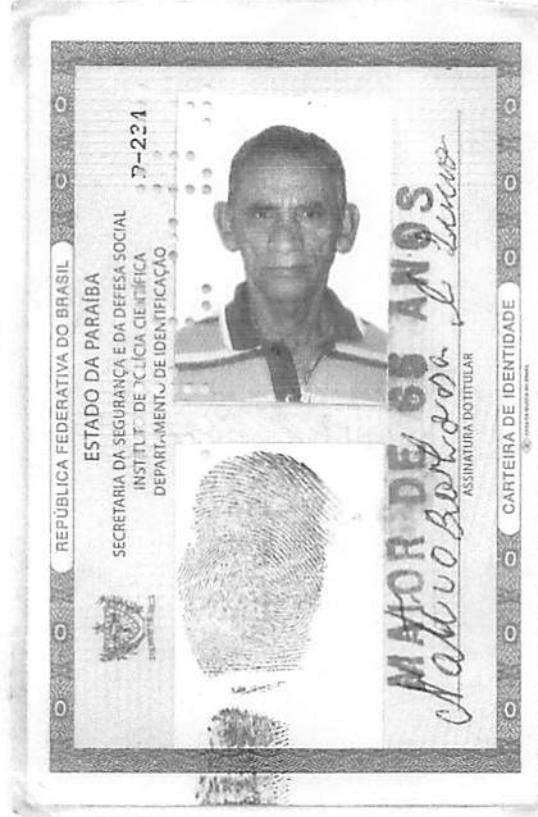
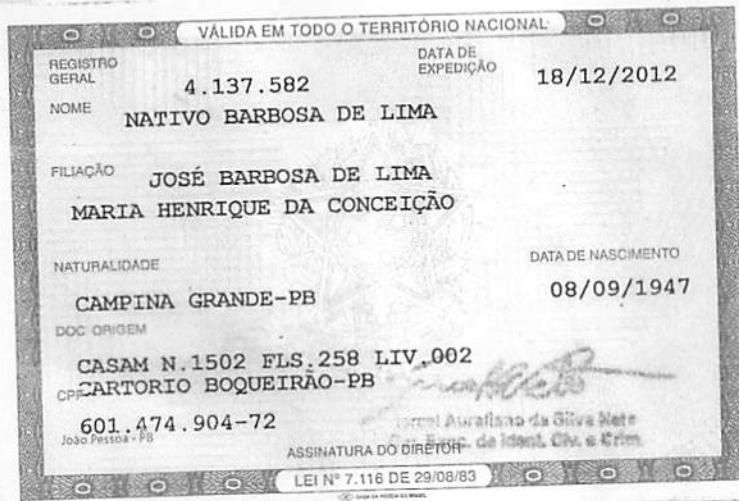
Dr. Ademir Costa Wanderley
CRM-PB: 23.3
CRM-TRAUMATOLOGIA
OSTOMIA: 00.11.0000
NED: 00.00.0000
TELE: 3322-2316

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

OD. 004





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM FRT 20170100010571-1 EXERCÍCIO
1 0107252820-4 00/00000000 2017

NOME
NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF/CNPJ
60147490472

PLACA
QFY8689/PB

PLACA ANT/UF

NOVO PB LEYMCA209E6013437

CHASSI

ESPECIE TIPO
PAS/CICLOMOTO/NAO APPLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO

T/WUYANG WY50QT 2

ANO FAB.

2013 2014

CAP/POT/CIL

2 P/49 /CT

CATEGORIA

PARTIC

ANO MOD

BRANCA

COTA UNICA

IPVA ISENTO

VENC. COTA UNICA

00/00/0000

VENC/COTAS

FAIXA IPVA

***** 0

PARCELAMENTO/COTAS

1^o

2^o

3^o

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGUR

PAGO

08/02/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

CAMPINA GRANDE-PB

DATA

15/02/2017

33375



33880

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
E AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 012973959804

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO INVERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 15/02/2017

VIA CPF / CNPJ
1 60147490472

PLACA
QFY8689/PB

RENAVAM
01072528204

MARCA/MODELO
T/WUYANG WY50QT 2

ANO FAB. 2013 CATEGORIA 8

CHASSI
LEYMCA209E6013437

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

D2NATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO
 COTA ÚNICA
 PARCELADO

SEGUR
 PAGAMENTO
 PARCELADO

PAGO
08/02/2017
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CRPJ 09.243.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

33880-1548251-20170215

JUL-2016





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA NATIVO BANBOSA DE LIMADATA DO ACIDENTE 30.12.2017 CPF DA VÍTIMA 601.474.904-72PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO NATIVO BARBOSA DE LIMAQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É NATIVO BANBOSA DE LIMAENDERECO DO PORTADOR Rua SILVA JARDIMNº 1.550 COMPLEMENTO CASA BAIRRO JOSÉ PINHEIROCIDADE CAMPINA GRANDE UF PARAÍBA CEP 58.100.000E-MAIL BALDINOSCG@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 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 DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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 E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 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 E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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 E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/13/2018IDENTIDADE 4.137.582.5505/18ASSINATURA Nativo Barbosa de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05 NOV. 2018NOME Nativo Barbosa de LimaASSINATURA Nativo Barbosa de Lima

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519661 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401868/18

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF: 601.474.904-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/12/2017

Titular do CPF: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NATIVO BARBOSA DE LIMA : 601.474.904-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: NATIVO BARBOSA DE LIMA
CPF: 601.474.904-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

NATIVO BARBOSA DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA