

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2017

Carta nº: 10833837

A/C: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170201521 ASL-0134667/17
Vítima: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO
Data Acidente: 09/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODOLFO NOBREGA DIAS

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10847442

A/C: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO

Sinistro: 3170201521 ASL-0134667/17
Vítima: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO
Data Acidente: 09/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODOLFO NOBREGA DIAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2017

Carta nº: 10918256

A/C: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO

Sinistro: 3170201521 ASL-0134667/17
Vítima: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO
Data Acidente: 09/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODOLFO NOBREGA DIAS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000046925-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 1 *T19*



INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Elói Inácio de Albuquerque Neto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 239879 EXPEDIDO POR _____ EM 12/08/2013
 CPF 0009813634-82 / CNPJ _____, PROFISSÃO não declarou
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elói Inácio de Albuquerque Neto
 AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supep 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 aparecem 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 CFF 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) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

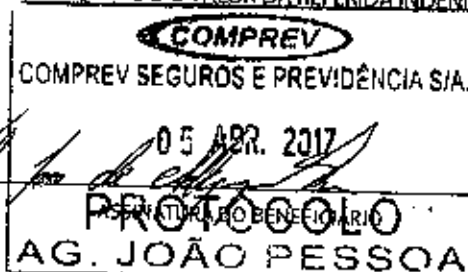
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46925-8

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.

João Pessoa 29 de março de 2017. X 6

LOCAL E DATA



! 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TRINCHEIRAS/PB
DATA: 04/04/2017 Hora: 09:26:29
TERMINAL: 00371406 CONTROL: 003714060078

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA

DE VALORES - TEVE

REMETENTE (CAIXA CAS)
CGC/AGÊNCIA : 0037 / TRINCHEIRAS
CONTA : 013.00.033.277-6
NOME : MARIA LUIZA NOBREGA DE SOUZA

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 0037 / TRINCHEIRAS
CONTA : 013.00.046.925-8
NOME : ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO

VALOR :
DATA DE EFETIVAÇÃO : 04/04/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

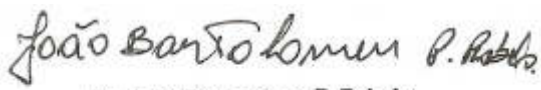
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Eloi Inacio de Albuquerque Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Carlos Gouveia Coelho, 241
Trincheiras João Pessoa PB CEP: 58011-030
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 239879
Data local do exame: [24/04/2017] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Data da alta: 25/03/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE FIOS DE KIRCHNER E ETBOND, NÃO FEZ FISIOTERAPIA POR FALTA DE VAGA NO SUS, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| OMBRO - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG



DOCUMENTO 1 "T194"



ISTRO DE OCORRÊNCIA

1.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00582.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:49 horas do dia 21 de março de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Eloi Inacio de Albuquerque Neto**, CPF nº 009.813.634-82, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Elenice Pinho de Albuquerque e Renaldo Gouveia de Albuquerque, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/09/1980 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dom Carlos Gouveia Coelho, Nº 241, bairro Trinceiras, tendo como ponto de referência Antigo Hotel Tropicana, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98724-6660.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Cândido Pessoa X R. Maciel Pinheiro, Antiga Proserv, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/12/16 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

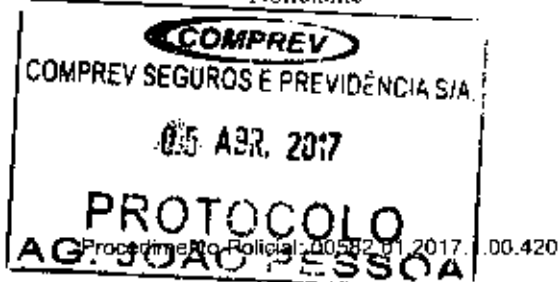
Que no dia 09.12.2016, por volta das 20h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 160 START, COR PRETA, ANO 2016/2017, PLACA QFP5326/PB, CHASSI 9C2KC2500HR008815, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE E REGISTRADA EM NOME DE RENALDO GOUVEIA DE ALBUQUERQUE JUNIOR, pela Rua Cândido Pessoa, Varadouro, nesta capital e ao passar pelo semáforo verde da Rua Maciel Pinheiro colidiu em um CICLOMOTOR DE MARCA SHINERAY, COR VERMELHA, SEM PLACA; Que informa o noticiante que o condutor do CICLOMOTOR não machucou-se e evadiu-se do local; Que devido ao fato veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; Que o noticiante foi socorrido por um colega, em veículo particular, e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que não deseja representar criminalmente; Que informa o noticiante que possui CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO APENAS CATEGORIA D, NÃO SENDO HABILITADO PARA CONDUZIR MOTOCICLETAS; Que não deseja solicitar requisição para exame traumatológico.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 21 de março de 2017.



ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO
Noticiante



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

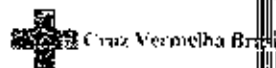
CLIENTE: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000046925-8

Nr. da Autenticação CD967E75E3CB7618



DOCUMENTO 5 *T56*



Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 966565



Identificação do paciente			
O 1114707	Nome ELOINACIO DE ALBUQUERQUE NETO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 01/09/1980	Idade 36 anos 3 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADA
Mãe ELENICE PINHO DE ALBUQUERQUE	Pai RENALDO GOUVEIA DE ALBUQUERQUE		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel	Fone Móvel 87897445	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 239879	Nº Cns 204001948770003	
Local de procedência CENTRO JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58011030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lagradouro DOM CARLOS GOUVEIA COELHO
Número 241	Complemento	Bairro TRINCHEIRAS	
Admissão			
Data e Hora 09/12/2016 20:38:57	Número da pulseira 1000005976526	Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Tipo de atendimento PRÉ-HOSPITALAR	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Capacidade Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Tubo []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
			Ultrasonografia []
Diagnóstico			
Assinatura KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL			



09/12/16 - Ortopedia

Paciente com história de trauma
em ombro ①, referindo dor e
impotência funcional.

Cx exame: Curvatura de
abdução / flexão

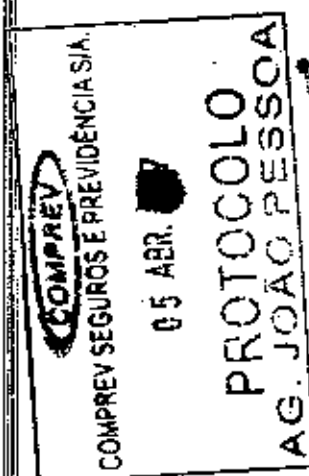
Presença de totema e sinal
de Maigne em ombro.
Sinal de teta positivo
ADM prejudicada.

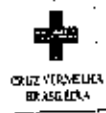
Produtividade - lu x lu
anômalo - elavicular em
ombro direito

Conduta: 1) Imobilização
2) Analgesia
3) Internação hospitalar
4) RPP
5) Sólido Exame

Jéssyka Emilia F. Rabelo
CRM 10045/PB

+ Dr. Roberto Santos





Primeiro Atendimento Médico



183000975526 BE.: 966585
ELO: (NASCIO DE ALBUQUERQUE NETA
DT. NASC.: 02/09/1980
MRE: ELENICE PINHO DE ALBUQUERQUE

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____
END.: DOM CARLOS SOUVEIRA CORREIA
N. 241 - TRINCHEIRAS
JORD PESSOA
RDE: 11
CELULAR: 11 97897945
IDADE: 36
DT ENTRADA: 09/12/2016 20:38:57

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Tramula de vidro quebra
por golpe momentâneo

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☐ Pálidas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
HTE: ☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

HTD: ☐ Sim
☐ Não
Roucos
Sibilos
Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

S: _____ Imp _____ SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pictórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normotônicas ☐ Hipofônicas
☐ Hipofônicas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente
SE OU B4 ☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: *NT*

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupílas: ☐ Fotorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

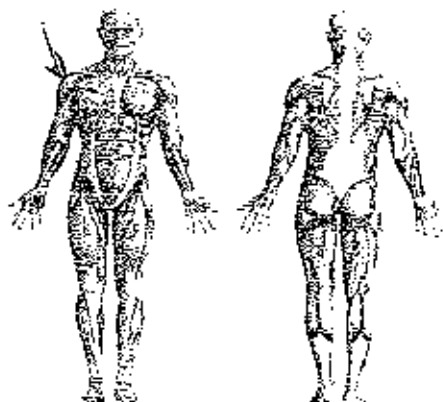
Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Extensão normal (decerebração)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Nenhuma	1
TOTAL: <i>15</i>					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05.03.2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALERGIA:	() Não	() Sim
MEDICAMENTOS:	() Não	() Sim
IMUNIZAÇÃO	() Não	() Sim
PATOLOGIA	() Não	() Sim
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não	() Sim

Identifique o OCA com o número correspondente ao lado.



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abreção | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordecura |
| 9 Eflusão subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorrquia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Parálise |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Conto-Contuso | 34 Rinorquia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

Superfície corporal lesionada (região da palma%) _____ % Grau de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

☐ Ascidiogratias ☐ Lavado Peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Sacometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

CÓDIGO

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

1. Argument

ASSINATURA: *André Fernandes*
Cirurgia Geral
CRM 2904

Solicito parecer de INTERNAÇÃO
Solicito parecer de _____

() Centro elyrgico

() Transferencia [Unidade de saque]

() interno (seguro)

☐ Alta hospitalar	☐ Decisão médica	☐ A pedido
--	---	-----------------------------------

() Oblito, () Até 48 hs, () Após 48 hs.

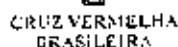
#7092/C451219C

45518

ATUA O DO PACIENTE QUI RESPONSÁVEL

less:

PROTOCOL
AG. JOAO



BE/PRONTUÁRIO

1000005978026 SE.: 066565
BLO: INACIO DE ALBUQUERQUE NETO
DT. NASC.: 21/07/1980
MAG: ELENICE PAVO DE ALBUQUERQUE
END.: DON CARLOS GONCALVES COELHO
N. 241 - TAINEIRAS
SOMA PESSOAL
FONE: (1)
CELULAR: (1) 87897443
10455: 38
DT. ENTREGA: 05/12/2016 20:38:57

Nome do paciente

[illegible]

[Handwritten signature]
Presidente do Conselho Municipal
de Saúde
CRESS-6274

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 Abr. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

		GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA			
NOME		ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE		REGISTRO	
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSÃO DATA ATUAL
					21/12/2016
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
DIETA LIVRE					
RINGER LACTATO 1000 ML					
DIPIRONA 1 AMP EV DE 6/6 HORAS				16 24 10	
OMEPRAZOL 40 MG VO DIA				06	
TRAMAL 100 MG + 100 L SF 0,9% EV 12/12 HORAS				16 04	
CAPTOPRIL 25 MG SE SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG					
CCGG					
DIAGNÓSTICO: LAC					

EVOLUI ESTÁVEL, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 05 ABR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Dr. Helder Romão
 Ortopedia/Traumatologia

|NOME

REGISTRO

ENF.

LETO

INDEX

$$S = X(\cdot)$$

COR

ADMISSÃO

ADMISSÃO DATA ATUAL

19/12/2016

HORÁRIO

DIETA LIVRE

Count

RINGER LACTATO	1000 ML
----------------	---------

•

2

DIPIRONA 1 AMP EV DE 6/6 HORAS

16

12

☒

OMEPRAZOL 40 MG VO DIA

06

TRAMAL 100 MG + 100 L SF 0.9% EV 12/12 HORAS

16

3

CAPTOPRIL 25 MG SE SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG

CCGG

DIAGNÓSTICO: LAC

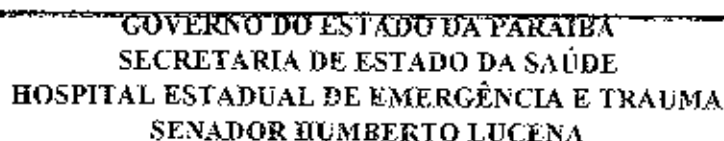
EVOLUI ESTÁVEL, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 APR 2017

PROTOKOLO
AG. JOÃO PESSOA

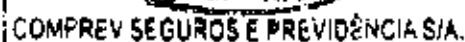


966565

NOME	ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE				REGISTRO	
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSÃO	DATA ATUAL
						18/12/2016

[illegible]

EVOLUI ESTÁVEL, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.



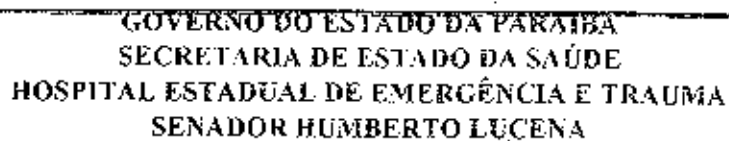
05 APR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

		GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA			
NOME		ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE		REGISTRO	
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSÃO DATA ATUAL
					17/12/2016
PRESCRIÇÃO		066565		HORÁRIO	
DIETA LIVRE					
RINGER LACTATO 1000 ML		12 22			
DIPIRONA 1 AMP EV DE 6/6 HORAS		12 22 04 50			
OMEPRAZOL 40 MG VO DIA		06			
TRAMAL 100 MG + 100 L SF 0.9% EV 12/12 HORAS		22 04			
CAPTOPRIL 25 MG SE SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG		50			
CCGG					
DIAGNÓSTICO: LAC					

EVOLUI ESTÁVEL, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05-ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REGISTRO

ADMISSAO | DATA ATUAL.

16/12/2016

PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
DIETA LIVRE		
RINGER LACTATO 1000 ML		08 ¹² 18 22
DIPIRONA 1 AMP EV DE 6/6 HORAS		08 ¹² 18 22
OMEPRAZOL 40 MG VO DIA		08 12 18 22
TRAMAL 100 MG + 100 L SF 0.9% EV 12/12 HORAS		08 12 18 22
CAPTOPRIL 25 MG SE SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG		SU
CCGG		
DIAGNÓSTICO: LAC		

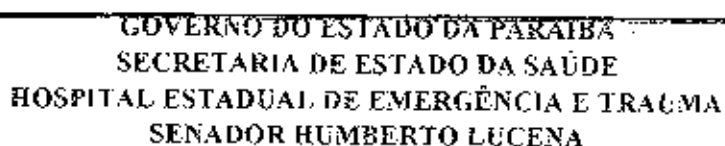
EVOLUI ESTÁVEL, S GUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

Dr. Heugler Romero L. Nóbrega
Propietaria/Traumatología
CRM 22.1900, FEGOT 5514

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 APR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REGISTRO 966564

ADMISSAO DATA ATUAL

15/12/2016

HORÁRIO

Amos

16 26 (21) 10

14 05

5/6 22 08

DIAGNÓSTICO: LAQ

EVOLUI ESTÁVEL. AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 APR 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Helder Román J. Nóbrega
Ortopedia/Traumatología
TEL-PO 3650-TSOT 5511

		GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA			
		966569			
NOME	ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE			REGISTRO	
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSÃO DATA ATUAL
					14/12/2016
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO			
DIETA LIVRE		Alimentação			
DIPIRONA 1 COMP VO DE 6/6 HORAS		16 22 04 10			
OMEPRAZOL 40 MG VO DIA		16 06 24 08			
TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS		S/N			
CAPTOPRIL 25 MG SL SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG					
CCGG					
DIAGNÓSTICO: LAC					

EVOLUI ESTÁVEL, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Heider Romão L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 50507-1/OT 65



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

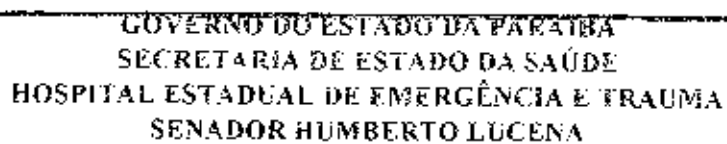
NOME	ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE			REGISTRO
ENF	LEITO	IDADE	SEXO	COR
				ADMISSÃO DATA ATUAL
				13/12/2016

PRESCRIÇÃO	986565	HORÁRIO
DIETA LIVRE		
DIPIRONA 1 COMP VO DE 6/6 HORAS		2 122 06F 50F.C
OMEPRAZOL 40 MG VO DIA		2
TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS		2 2/ 50F.C
CAPTOPRIL 25 MG SL SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG		SU
CCGG		
TROCAR MJ		
DIAGNÓSTICO: LAC		

EVOLUI ESTÁVEL. AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

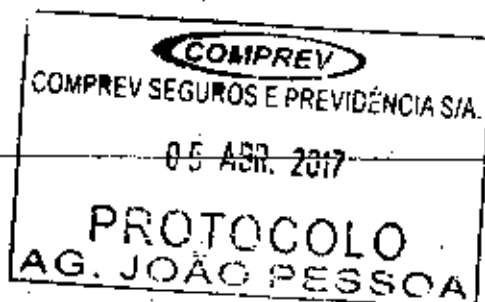
Dr. Paulo Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 5070-TTCT 6511



NOME		ELOI INACIO ALBUQUERQUE			REGISTRO	
CPF	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSAO	DATA ATUAL
		966569				12/12/2016

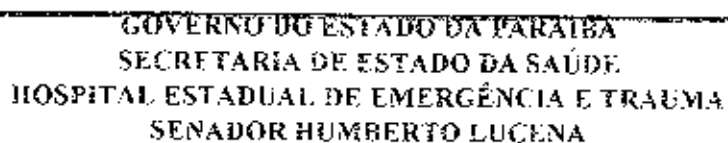
PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
DIETA LIVRE	
DIPIRONA 1 COMP VO DE 6/6 HORAS	06 08 09 10
OMEPRAZOL 40 MG VO DIA	06
TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS	06 08 08
CAPTOPRIL 25 MG SE SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG	50
CCGG	
DIAGNÓSTICO: LAC	

EVOLUI ESTAVEL. AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.



Q.:

Q:



966565

ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE

REGISTRO

 $\text{H} \cdot \text{N} \cdot \text{H}$

1.1.10

TRADE

SEXO

1000

ADMISSÃO	DATA ATUAL
----------	------------

11/12/2016

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE

Atomica

DIPIRONA 1 COMP VO DE 6/6 HORAS

16 22 24 30

OMEPRAZOL 40 MG VO DIA

04

TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

24 08

CAPTOPRIL 25 MG SL SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG

15/2

CCGG

AN

Dr. Karmel Sarmiento
Ortopedia y Traumatología
CRM: 5894 TEP: 12037

DIAGNÓSTICO: LAO

EVOLUI ESTÁVEL. AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 APR 2017

~~PROTOCOLO~~
~~AG. JOÃO PESSOA~~

906565 - Verde



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

NOME: ELOI INÁCIO ALBUQUERQUE
REGISTRO: 10/12/2016
END.: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____
ADMISSÃO: _____ DATA ATUAL: _____

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE

Curta

DIPIRONA 1 COMP VO DE 6/6 HORAS

OMEPRAZOL 40 MG VO DIA

TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

CAPTOPRIL 25 MG SE SE PAD MAIOR QUE 110 MMHG

CCGG

Dr. Karthier Sarmento
Origem: Pneumologia
CRM: 9364 ROR: 11037

DIAGNÓSTICO: LAC

EVOLUI ESTAVEL. AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. SOL VAGA NA ENFERMARIA.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPLANTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO**

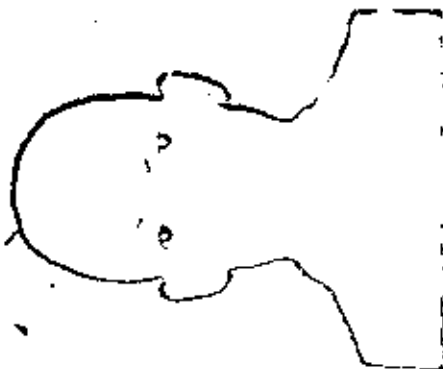
DOC. IDENTIDADE / ORG. INESSOR IF: **239879** SSP **19**

CPF: **009.813.634-82** DATA NASCIMENTO: **01/09/1980**

RAÇÃO: **REINALDO GOUVEIA DE ALBUQUERQUE**
ELENICE PINHO DE ALBUQUERQUE

RENÇÃO: ☐ ACC: ☐ CATHA: ☐ D: ☐

Nº REGISTRO: **03203147267** VALIDADE: **09/08/2018** 1ª NACIÇÃO: **01/06/2007**



ASSINATURA: *Eloi Inacio de Albuquerque Neto*

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB**

DOCUMENTO 6 *T6*



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 05 ABR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINEIS LEGAIS
(ART. 11, CAP. I, DA LEI Nº 8.934/94)

IDENTIDADE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 08707568



AB

ASSINATURA DO PORTADOR

Adelfo Adrya Dias



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
RODRIGO ROCHA DIAS

Matrícula
ADENAR JOSE DA SILVA DIAS
MARGA ATILDEIA ROCHA DIAS

Particular
4080758507-PP

Atividade
7-ADVOGADO - 350-PP

SIN
010.214.114-26

Atividade
03-03/02/2000

DOCUMENTO 3 *T3*



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170201521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO **Data do acidente:** 09/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio-clavicular do ombro direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro direito, cicatriz cirúrgica no ombro direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese fios de Kirchner e Etbond, não fez fisioterapia por falta de vaga no SUS, resultados insatisfatórios.
Não houve complicações neste caso.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170201521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELOI INACIO DE ALBUQUERQUE NETO **Data do acidente:** 09/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: VTRAUMA NO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

