

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº: 10784312

A/C: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170186099 ASL-0128489/17

Vítima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 16/11/2016

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.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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2017

Carta nº: 10808896

A/C: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170186099 ASL-0128489/17

Vitima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 16/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2017

Carta nº: 10808896

A/C: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170186099 ASL-0128489/17

Vitima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 16/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10954996

A/C: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170186099 ASL-0128489/17
Vítima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 16/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 15 de Maio de 2017

Carta nº: 10977974

A/C: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170186099 ASL-0128489/17

Vitima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 16/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170186099

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 16/11/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO PÉS DIREITO E ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: NÃO HÁ SINAIS DE SEQUELAS PERMANENTES. VÍTIMA QUEIXA DE DORES E PARESTESIA NOS PÉS

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA,

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





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, ANA LUCIA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1950448 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 30/09/93 E

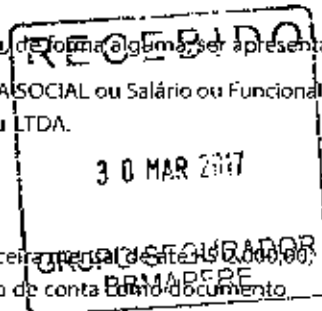
CPF 100308817-40 /CNPJ 00000000-00-0000-00, PROFISSÃO RECUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANA LUCIA DE OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 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 CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

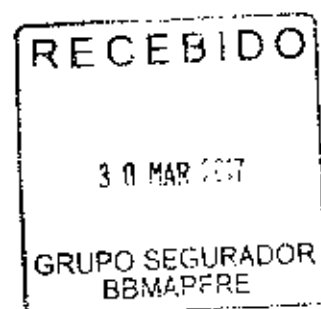
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000251787

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.

BRUNO M. M. DE SA de 20/03 de 2017 x Ana Lucia de Oliveira
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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771204.

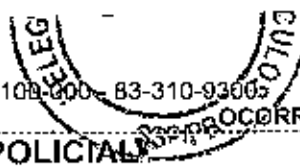




GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOC
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58108-000 - 83-310-9300

DOCUMENTO 1

T19%



OCORRÊNCIA Nº 000050/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000050/17 registrada em 13/03/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de março do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:21 horas, compareceu a Sra. ANA LÚCIA DE OLIVEIRA, com 39 anos de idade, filha de MANOEL MARCIONILO DE OLIVEIRA e MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de LAGOA SÊCA - PB, Solteira, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portadora da Cédula de Identidade Nº 1.950.448, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10030381746, residindo à rua DO MORRO DO BOREL, 720, bairro SÍTIO MALHADA GRANDE, na cidade de QUEIMADAS - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que por volta das 15h00min do dia 16.11.2016, estava se deslocando de Campina Grande em direção a sua residência, em um veículo alternativo, quando desembarcou no acostamento da Rodovia BR 104, próximo a quadra de esportes da cidade de Queimadas/PB e tentou fazer a travessia da pista, oportunidade em que foi atropelada por um veículo de marca, placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, o qual estava trafegando pelo acostamento da via e passou por cima dos pés da declarante, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais da PRF não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Segunda-feira, 13 de Março de 2017

Ana Lúcia de Oliveira

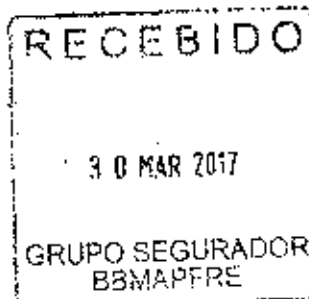
ANA LÚCIA DE OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



0117878



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANA LÚCIA DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 195 0448 e inscrito no CPF/ME sob o nº 100.303.81746 residente e domiciliado na MORRO DO BOREL 720 SÍTIO MALHA Cidade AVEIMADAS Estado PAPAIBA, 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 5.194/74), 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
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Uder 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 5.194/74.

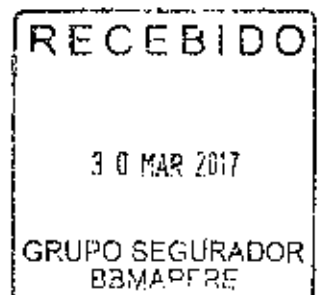
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

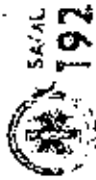
Ana Lúcia de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

AVEIMADAS PB 20/03/2017

Local e data





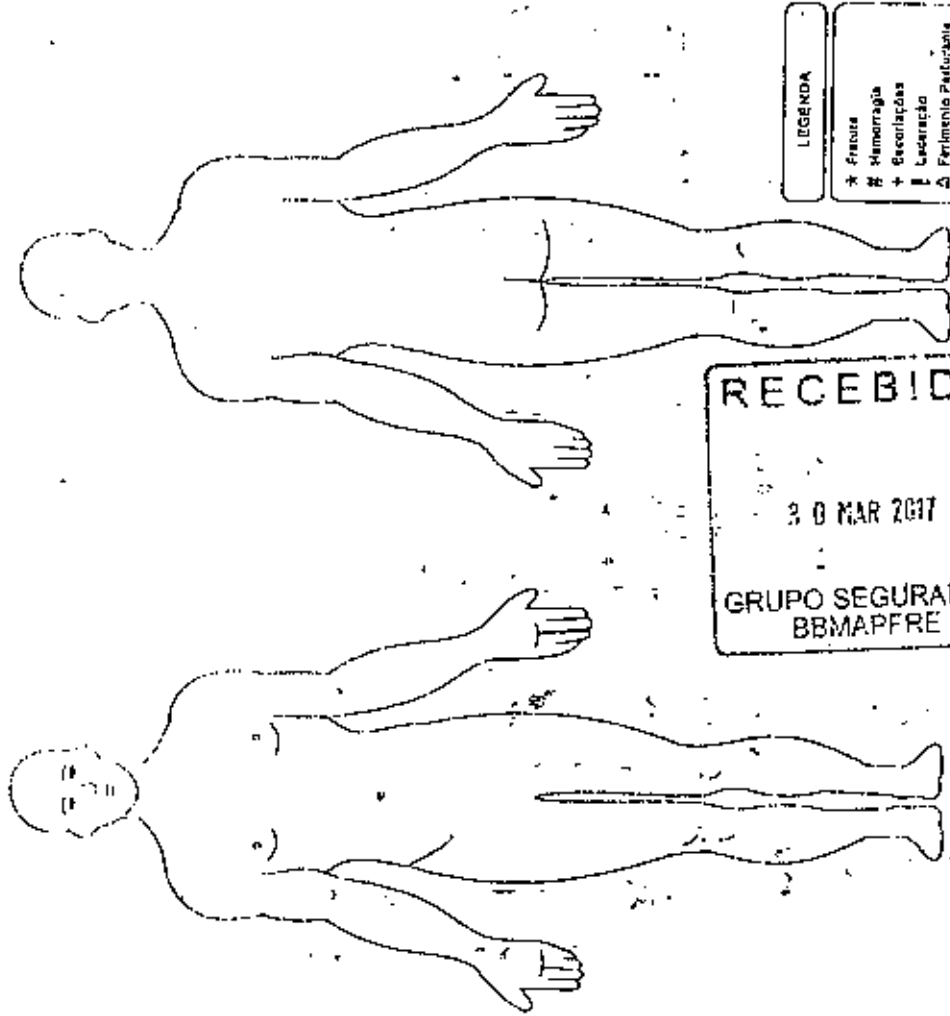
FICHA DE REGULAÇÃO MEDICA
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

CHAMADA TELEFONICA Nº 111 222 333 DATA 11/10 HORA 12:30 min
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) Walter CRM:
 MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO ☐ OUTRO Pagamento
 Sorbiente Pigmento Telefone:
 Município de origem Quimadas

Tipo		Origem de Solicitante	Observações
☒	Traumatismo		1º acidente
☐	Caso Clínico		1º acidente - fratura
☐	Obstétrico	Atropelamento	1º acidente

[illegible]

ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOOR ACIDIA
☒ Normal	☒ Respiração Normal	☒ SIM	☒ Orelha	☐ Abdominal
☐ Confuso	☐ Respiração Afetada	☐ Normal	☐ Nariz/Boca	☐ Cefaléia
☐ Inconsciente	☐ Respiração Ruidosa	☐ Rápido	☐ Vaginal	☐ Torácica ou Abdominal
☐ Convulsionou	☐ Não Respira	☐ Lento	☐ Hematêmese	☐ em Idoso
☐ Relaxou Esfincteres	☐ Não Sabe	☐ Irregular	☐ Grande	☒ Outro: <u>fora</u>
☐ Não Sabe		☐ Sem pulso	☐ Outro	
☐ Não Sabe		☐ Não Sabe		
A TRABALHO DE PARTO	TRAUMA			
☒ 01 Contração 16 min.	☒ Alargamento	☐ Queda de própria Altura	☐ FABI/FAF	
☐ 1-3 Contração 16 min.	☐ Acidente Ciclístico	☐ Queda de Altura Inf. a 4 m	☐ Capotamento	
☐ 3-5 Contração 16 min.	☐ Acidente Motociclístico	☐ Queda de Altura sup. a 4 m	☐ Encarceramento	
☐ Não Sabe	☐ Acidente Automobilístico	☐ Explosão	☒ Queimaduras	
☐ Não Sabe	☐ Outro:			
☐ Sangramento				
☐ Nascente				

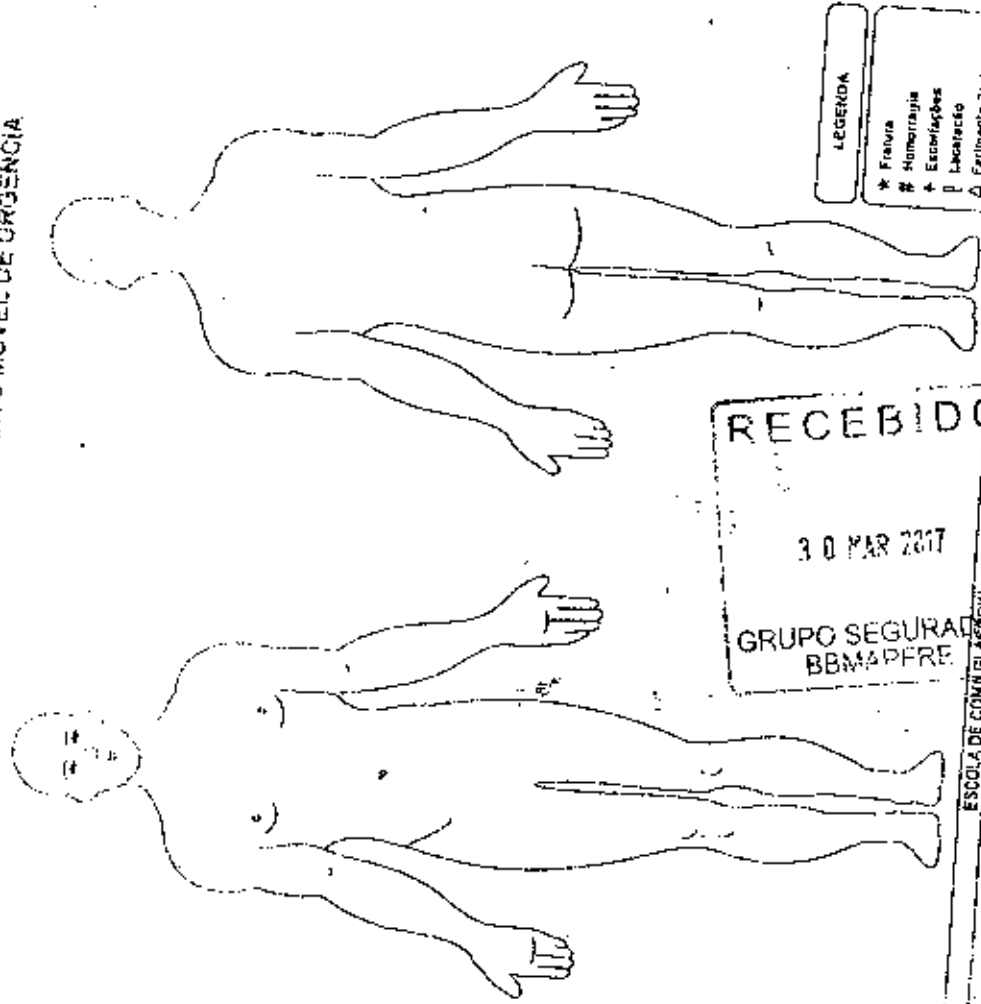
[illegible]

RECEBID
30 MAR 2017
GRUPO SEGUROS
BBMAPFRE

ESCALA DE COMA GLASGOW		MELHORES DESANOS		ESCALA	
ADULTOS					
Aberto	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Com Estímulos Auditivos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Com Estímulos Visuais	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Não Aberto	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Comandos	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Palavras	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Sons de Corridores	3-5	3-5	3-5	3-5	3-5
Reflexos	3-5	3-5			

149155 LU 20040420

PROCEDIMENTOS REALIZADO	ASSINATURA DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO)	PERÍENÇAS DO PACIENTE	TERMO DE RECUSA	TERMO DE RECUSA
☒ Oxigênio ☒ Aspiração de Vias Aéreas ☒ Câncer Nato: Orchiangioma ☒ Entubação Traqueal: ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☒ Oritotomostomia ☒ Punção ☒ Dissecção	☐ ISEA ☐ FAP ☐ CLIPSI ☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO ☐ MATER-DEI ☐ HOSP. JOÃO RIBEIRO	☐ HOSP. ANTÔNIO TARGINO ☐ HOSP. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOONSAIA ☐ HOSP. JOÃO XXIII	☐ Transfusão ☒ Toracotomia ☐ Acesso Venoso ☐ Perfusão ☐ Central ☐ Dissecção ☐ Intra-Óssec ☐ Ventilação ☐ Monitorização ☐ Cardiovascular	☐ KID ☐ INXOLIZAÇÃO ☐ PANC ☐ OUTROS
REPOSIÇÃO VOLÊMICA VOLUME MEDICAÇÕES DOSE VIA-ORÁRIO	INACIA TUBEROSISS ENTUBAÇÃO DE VÍAS AÉREAS UNIVERSITÁRIO	diapirano	15.11.11	15.11.11
TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA	TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA	TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA	TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA	TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA TERAPIA INSTITUÍDA



RECEBIDO
30 MAR 2017
GRUPO SEGURANÇA
BBMADPERE

ESCALA DE COMA GLASSOW		ESCALA DE SANNI	
ADULTOS	INFERIORES DE SANNI	ADULTOS	INFERIORES DE SANNI
1. Aberto verbalmente	1. Aberto verbalmente	1. Aberto verbalmente	1. Aberto verbalmente
2. Com Estímulos Auditivos	2. Com Estímulos Auditivos	2. Com Estímulos Auditivos	2. Com Estímulos Auditivos
3. Com Estímulos Visuais	3. Com Estímulos Visuais	3. Com Estímulos Visuais	3. Com Estímulos Visuais
4. Resposta verbal	4. Resposta verbal	4. Resposta verbal	4. Resposta verbal
5. Resposta verbal	5. Resposta verbal	5. Resposta verbal	5. Resposta verbal
6. Resposta verbal	6. Resposta verbal	6. Resposta verbal	6. Resposta verbal
7. Resposta verbal	7. Resposta verbal	7. Resposta verbal	7. Resposta verbal
8. Resposta verbal	8. Resposta verbal	8. Resposta verbal	8. Resposta verbal
9. Resposta verbal	9. Resposta verbal	9. Resposta verbal	9. Resposta verbal
10. Resposta verbal	10. Resposta verbal	10. Resposta verbal	10. Resposta verbal

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

CHAMADA Nº 112 112 112 DATA 11/03/17 HORA 14h 35 min
Médico (a) Responsável (a): Dr. (a) Wesley
MOTIVO: Acidente
SOLICITANTE: Acidente
Município de origem: Queimadas
TRANSORTE: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO ☐ OUTRO ☐
Telefone: _____

TIPO: ☒ Traumático ☐ Queixa do Solicitante
☐ Caso Clínico ☐ Observação
☐ Obstétrico
SOCORRO: ☐ (Trat. em Regulação) ☐ (Trat. em Pronto Socorro)
PACIENTE: Nome Completo: Ana Laura de Oliveira
Idade: 24 Anos
Sexo: F
Nº de Documento: 0430

AValiação do Estado do Paciente a Distância (Médico Responsável)

ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA
☒ Normal ☐ Confuso ☐ Inconsciente ☐ Convulsionou ☐ Relaxou Extremidades ☐ Não Sabe	☒ Respira Normalmente ☐ Respiração Alterada ☐ Respiração Ruidosa ☐ Não Respira ☐ Não Sabe	☒ Normal ☐ Rápido ☐ Lento ☐ Irregular ☐ Sem pulso ☐ Não Sabe	☐ Ombro ☐ Mão/Braço ☐ Vaginal ☐ Hematêmese ☐ Grande ☐ Outro	☐ Abdominal ☐ Cervical ☐ Torácica ou Abdominal em fôlego ☒ Outro: <u>perda</u>

TRAUMA

☒ Queda da própria Altura
☐ Queda de Altura inf. a 4 m
☐ Queda de Altura sup. a 4 m
☐ Explosão

RESPIRAÇÃO

☒ Atropelamento
☐ Acidente Ciclístico
☐ Acidente Motociclístico
☐ Acidente Automobilístico
☐ Outro: _____

GRAVIDADE PRESUMIDA

☐ ILESO
☐ LEVE
☒ MODERADA
☐ SEVERA

RELAÇÃO DE LESÕES

☐ Membros Superiores
☐ Membros Inferiores
☐ Cabeça
☐ Pescoço
☐ Tórax
☐ Abdômen
☐ Genitais
☐ Extremidades

RELAÇÃO DE LESÕES

☐ Membros Superiores
☐ Membros Inferiores
☐ Cabeça
☐ Pescoço
☐ Tórax
☐ Abdômen
☐ Genitais
☐ Extremidades

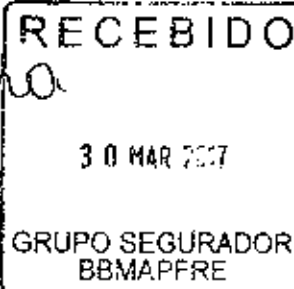


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANA LUCIA DE OLIVEIRARG nº 1950448 data de expedição 30/09/83 órgão SSP/PBCPF nº 100.303.8746 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	MORRO DO BOQUEL
Número	720
Apto / Complemento	CASA
Bairro	SITIO MALHADA GRANDE
Cidade	QUEIMADAS
Estado	PARANÁ
CEP	58475 000
Telefone de Contato	(83) 9.98298855 9.994280 49
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: QUEIMADAS PB 20/03/2017Assinatura do Declarante: Ana Lucia de Oliveira

**CAGEPA**

Rua Feliciano Almeida, s/n - Jaguaribe - Tiro Passos - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.944.003-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

20170331

R.062

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

39485605

ANA LUCIA DE OLIVEIRA
RUA DO MORRÃO DO GORÉL. 720
SÍTIO MALHADA GRANDE
QUEIMADAS

58475-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
030.20.000.0920		000	Residencial 1	Comércio 0	Indústria 6	Público 0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
13N718917	06/10/2014	1	LIGADO	POTENCIAL			

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal nº 445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.
Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERÊNCIA CONTRA

JUL/2015

VENCIMENTO

06/08/2015

VALOR(R\$)

27,64

MISSÃO:

07/08/2015

Total a Pagar:

R\$ 27,64

RECEBIDO

30 MAR 2017

GRUPO SEGURADOR
B8MAPFRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		TERAPÊUTICA INSTITUÍDA		DSTINO (DIA) PACIENTE		PERTENCERES DO PACIENTE	
☒ Oxigênio ☒ Aspiração de Vias Aéreas ☒ Câncer Nado - Oxigenoterapia ☒ Entubação Traqueal ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☒ Orotracostomia ☒ Puncão ☒ Dissecção		☒ Reposição Volumétrica ☐ Amecicamento ☐ Sol. Físico Químico ☐ S.O. ☐ Sol. Químico ☐ Outro		☐ ISEA ☐ PAP ☐ CLPSI ☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO ☐ MATER-DET ☐ HOSP. JOÃO RIBEIRO		☐ ISEA ☐ PAP ☐ CLPSI ☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO ☐ MATER-DET ☐ HOSP. JOÃO RIBEIRO	
☒ Transtorno de Ansiedade ☒ Transtorno de Depressão ☒ Transtorno de Personalidade ☒ Transtorno de Estresse Pós-Traumático ☒ Transtorno de TDAH ☒ Transtorno de Tourette ☒ Transtorno de Ansiedade Social ☒ Transtorno de Ansiedade Generalizada ☒ Transtorno de Ansiedade de Separação ☒ Transtorno de Ansiedade de Performance ☒ Transtorno de Ansiedade de Situação ☒ Transtorno de Ansiedade de Espaço ☒ Transtorno de Ansiedade de Tempo ☒ Transtorno de Ansiedade de Movimento ☒ Transtorno de Ansiedade de Som ☒ Transtorno de Ansiedade de Cor ☒ Transtorno de Ansiedade de Temperatura ☒ Transtorno de Ansiedade de Tato ☒ Transtorno de Ansiedade de Gusto ☒ Transtorno de Ansiedade de Olfato ☒ Transtorno de Ansiedade de Visão ☒ Transtorno de Ansiedade de Audição ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido do Equilíbrio ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Orientação ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Memória ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Inteligência ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Emoção ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Consciência ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Liberdade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Igualdade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Verdade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Beleza ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Sabedoria ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Felicidade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Paz ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Harmonia ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da União ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Coesão ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Coerência ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Consistência ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Continuidade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Permanência ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Estabilidade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Segurança ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Proteção ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Defesa ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Ajuda ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Assistência ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Cuidado ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Responsabilidade ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Obrigação ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Dever ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Social ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Legal ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Moral ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Espiritual ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Cósmica ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Divina ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Universal ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Absoluta ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Suprema ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Eterna ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Infinita ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Ilimitada ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Indivisa ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Impartível ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomensurável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inefável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inexplicável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Incomparável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Inimitável ☒ Transtorno de Ansiedade de Sentido da Justiça Insuperável ☒ Transtorno de Ansiedade de							



GOVERNO
DA PARAIBA

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

RECEBIDO
30 MAR 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

Ficha de Acolhimento

Nome: Lucas De Oliveira
End: Rua 5715, Jd. Educado, Bairro: Azeiteiros - P. B.
Data de Nascimento: 22.07.77 Documento de Identificação:
Queixa: Ataque de Coração Data do Atend: 16-12-16 Hora: 16:09 Documento:
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

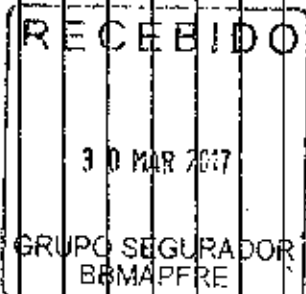
Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo ☐ Calmo ☐ Fácies de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: ☐ Frequência cardíaca:
Pressão arterial: ☐ Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: ☐ Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
- ☐ Verde - atendimento até 4 horas
- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
- ☐ Azul - atendimento ambulatorial

feito Didoferencio SM 649.080.000.000
Assinatura e carimbo do profissional
13:19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



DESTINO DO PACIENTE:

☐ Centro cirúrgico: ____ / ____ / ____ às ____ hs.

☐ Centro cirúrgico: ____

☐ Internação (setor): ____

☐ Alta hospitalar: ☐ A revella ☐ Decisão médica

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: ____ ☐ Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

 012101410160191510
 013014101601919

 212183122
 212182170

Dr. Paulo Garcia de S. Nunes

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



Ficha de Acolhimento

(54/2017)

Nome: Amor
End: Rua 5710, Alameda Cecenode Bairro: Araruama - P. 3
Data de Nascimento: 28.07.77 Documento de Identificação: 16.11.16 Hora: 16:09 Documento: 16.11.16
Queixa: Atropelamento
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: 16
Pressão arterial: 120/80
Dosagem de HGT: 120
Deambulação: ☐ Livre ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca
Frequência cardíaca: 100
Temperatura axilar: 36,5
Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

620.13.10



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código de Unidade: 00023671

CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 5349074

Nome: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

Sexo: FEMININO Idade: 25

Profissão: Documento: Bairro: ZONA RURAL

Município: QUEIMADAS Estado: PB CEP: 55125-0

Data Atendimento: 16/11/2016 Código do Município: 251250

Cartão do SUS: DIA NASCIMENTO: 21/07/1992 QUEIXAS: ATROPELAMENTO

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. Hiperplasia vascular |
| 5. Enfiamento | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Entalhe subcutâneo | 27. Movimento torçivo paradoxal |
| 10. Enfiamento | 28. Objeto penetrante |
| 11. Equimose | 29. Queimadura |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Contuso | 32. Periclitose |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de Jaqueira |
| 18. F. Perfuro-contuso | 36. |

OBSS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grav:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Queimadura 1º grau

EXAME FÍSICO - DADOS CLÍNICOS

Medico: Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Exame físico: 16/11/2016

ALERGIA: MEDICAMENTOS: PATOLOGIAS: EXAME FÍSICO: PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaucoma: PA: HGT: SAI: 16/11/2016

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratório () Ultrassonografia () Radiografia () Tomografia Computadorizada

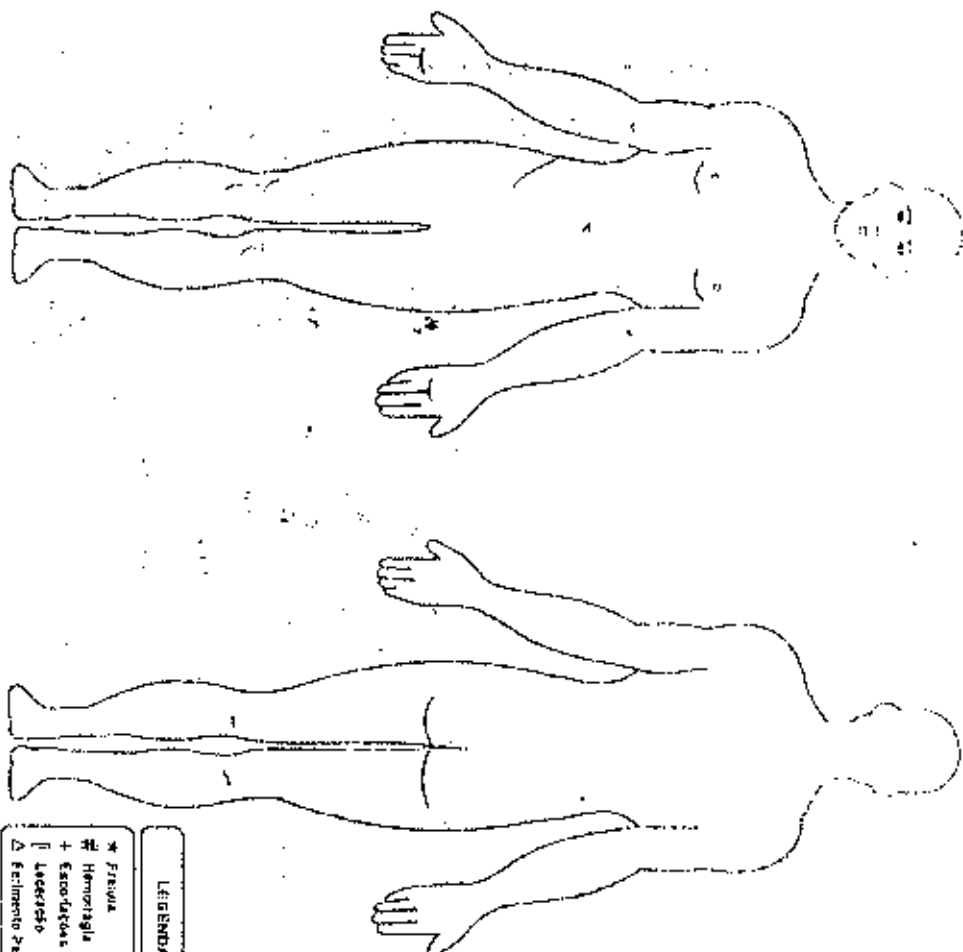
SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO: Especialista: as hs Dia 1/1/16

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: PRESCRIÇÕES E CONDIÇÕES: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

CPF: 521.444.444-44

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



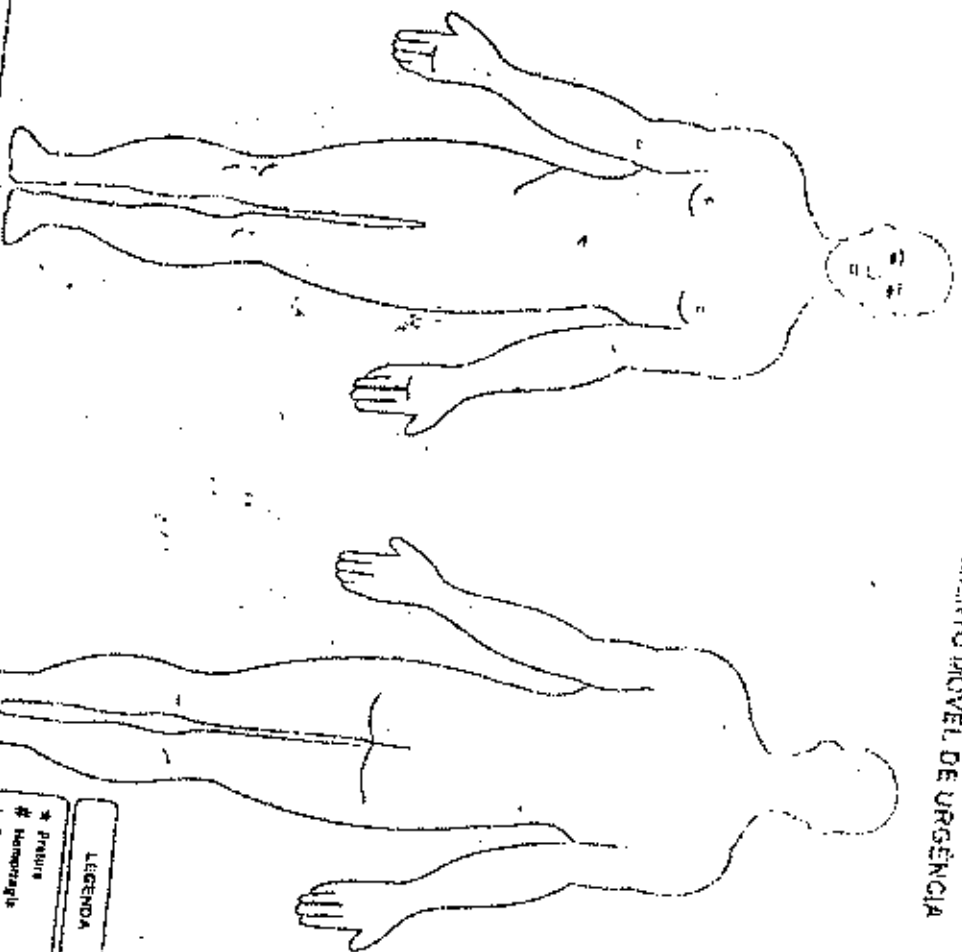
ESCALA DE COMA GLASSGOW		
ADULTOS	MEMBROS DE 5 ANOS	ESCALA
Aberto: olhos abertos	Aberto: olhos abertos	4
Aberto: olhos abertos	Com Estímulo: olhos abertos	3
Com Estímulo: olhos abertos	Com Estímulo: olhos abertos	2
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1

ESCALA DE INJÚRIA		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (mov/min)	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	ESCALA GLASSGOW
10-20	90-110	1
20-30	80-90	2
30-40	70-80	3
40-50	60-70	4
50-60	50-60	5
60-70	40-50	6
70-80	30-40	7
80-90	20-30	8
90-100	10-20	9
100-110	0-10	10



CHAMADA TELEFÔNICA		SOLICITANTE		MOTIVO		TIPO		SOCORRO		PACIENTE		GRUPO SEGURO	
113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113
MOTIVO: Queimadura		SOLICITANTE: Queimadura		TIPO: Queimadura		SOCORRO: Queimadura		PACIENTE: Queimadura		GRUPO SEGURO: Queimadura		PACIENTE: Queimadura	

AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Método Reg. Pado)			
ESTADO DE CONSCIÊNCIA		RESPIRAÇÃO	
☒ Normal	☒ Resposta hemodinâmica	☒ Sim	☒ Pulso
☐ Confuso	☐ Respiração Atende	☐ Não Respiro	☐ Sangramento
☐ Inconsciente	☐ Respiração Ruidosa	☐ Sem pulso	☐ Dor Aguda
☐ Convulsionado	☐ Não Respiro	☐ Não sabe	☐ Queimadura
☐ Rolou os membros	☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Queimadura
☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Não sabe	☐ Queimadura

[illegible][illegible]



CPF

1950449

30 SET 2007

RECEBIDO

30 MAR 2007

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

DOCUMENTO 6 *T8%*



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ANA LUCIA DE OLIVEIRA		Nome da Vítima ANA LUCIA DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10030381746
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fad. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Inválidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. JOSE IGO // EMAIL: GOOLIVEIRA.BALBINOS.PE@HOTMAIL MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Fone/Fax: (83) 3341-6000 23/03/17	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

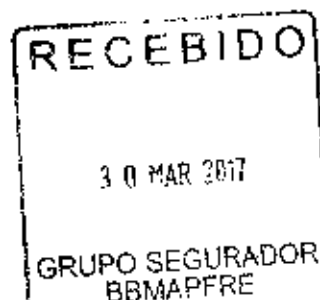


0117878

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

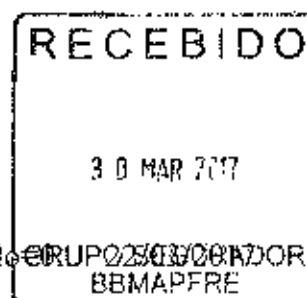


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidoz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ANA LUCIA DE OLIVEIRA		Nome da Vítima ANA LUCIA DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10030381746
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☒ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. JOSE IGO // EMAIL: JGOOLIVEIRA.BALBINOS.PE@HOTMAIL MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Fone/Fax: (83) 3341 1111 25104117	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

0128489/17

117828

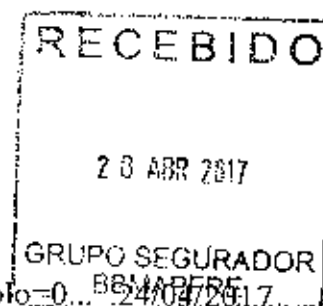


0119276

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

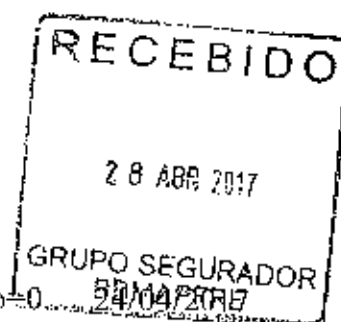


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170186099 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANA LUCIA DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624

BENEFICIÁRIO ANA LUCIA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 10030381746

Posição em 11-04-2017 17:11:52

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

RECEBIDO

28 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBM/BBRE

PAGUE SEGURO

0119276

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170186099 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LUCIA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/11/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em pé esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANA LUCIA DE OLIVEIRA** Sinistro: **3170186099** Data: **16/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **MORRO DO BOREL, 720 - SITIO MALHADA GRANDE - Queimadas - PB - CEP 58475-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **1950498**

Data local do exame: [**12/05/2017**] **Campina Grande** [**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)
**CONTUSÃO PÉS DIREITO E ESQUERDO. AO EXAME: NÃO HÁ SINAIS DE SEQUELAS PERMANENTES. VÍTIMA QUEIXA DE
DORES E PARESTESIA NOS PÉS**

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.
VÍTIMA SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA,

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] 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.

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

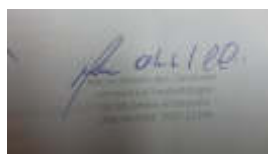
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB