



13/07/2021

Número: **0800759-11.2017.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **29/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                 |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| ANA LUCIA DE OLIVEIRA (AUTOR)                              |                    | EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)                          |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                              |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                                               |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                     | Tipo              |
| 45704361                                                   | 13/07/2021 19:45   | <a href="#">Petição</a>                                       | Petição           |
| 45704363                                                   | 13/07/2021 19:45   | <a href="#">2631236_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>       | Outros Documentos |
| 45704375                                                   | 13/07/2021 19:45   | <a href="#">2631236_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a> | Outros Documentos |

ANEXO





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUEIMADAS/PB**

Processo n.º 08007591120178150981

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**

**S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANA LUCIA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**LAUDO INCONCLUSIVO**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quicá porque o autor ainda encontra-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar a lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

*“PELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da*

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



*incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC.*

*(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015)."*

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

*"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016)."*

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

QUEIMADAS, 9 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



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

Vitima: 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](http://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](http://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**

Pag. 00727/00728 - carta\_01



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

Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01149/01150 - carta\_03



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

Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01149/01150 - carta\_03



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](http://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**

Pag. 00593/00594 - carta\_02



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2017

Carta nº: 10977974

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.: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00969/00970 - carta\_04



## 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<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>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:**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



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 OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 1950448 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 30/09/93 ECPF 100308817-40 /CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO RECUSOE 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 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 CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**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

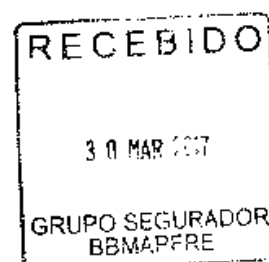
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BUENHADAS, PB 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771204.

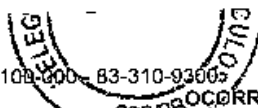






GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOC  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58108-000 - 83-310-93005

DOCUMENTO 1 71%



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 do 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, ai, 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 SECA - 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*

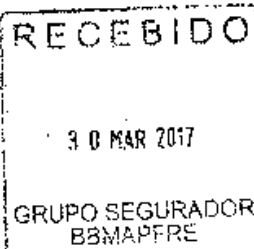
ANA LÚCIA DE OLIVEIRA

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/MI sob o nº 100.303.87746 residente e domiciliado na MORRO DO BOREL 720 SÍTIO MALHA Cidade AUGMINHAS Estado PARAIBA, 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

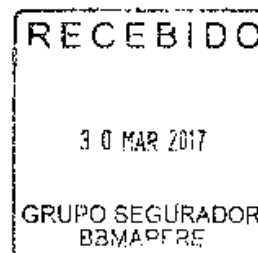
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

Ana Lucia de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

AUGMINHAS PB 20/03/2017

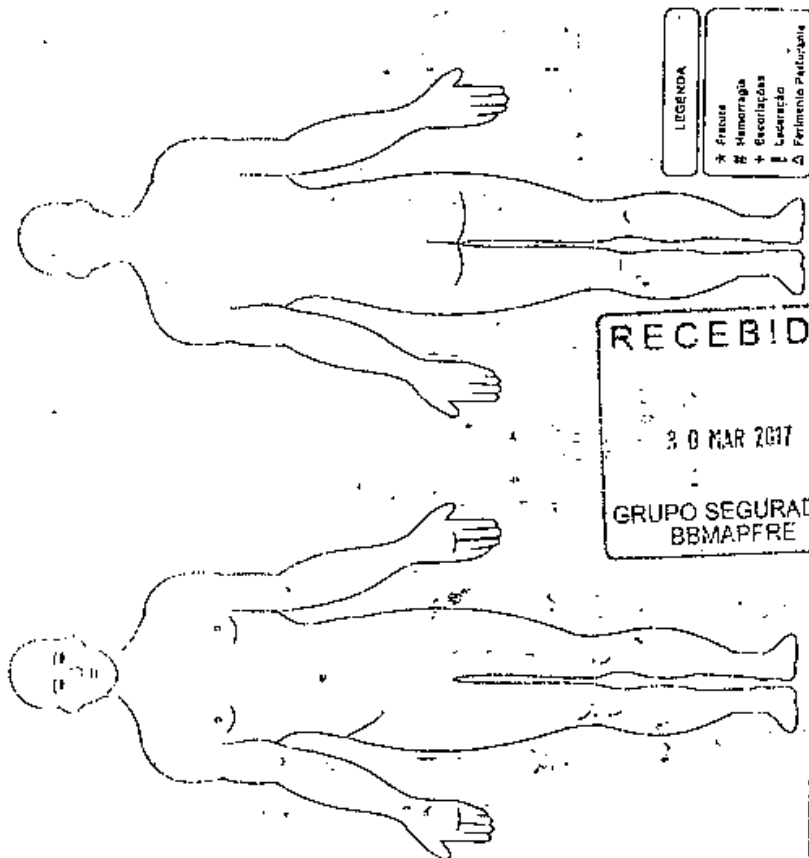
Local e data





QUEIMADAS - PB

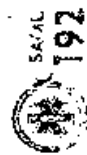
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



RECEBIDO  
30 MAR 2017  
GRUPO SEGURAD  
BBMAPFRE

| ESCALA DE COMA GLASGOW |                    | ESCALA DE QUEIMADURAS |        |
|------------------------|--------------------|-----------------------|--------|
| ADULTOS                | MEIORES DE 16 ANOS | ESCALA                | ESCALA |
| Aberto: 4 pontos       | Aberto: 4 pontos   | 1-4                   | 1-4    |
| Aberto: 3 pontos       | Aberto: 3 pontos   | 5-6                   | 5-6    |
| Aberto: 2 pontos       | Aberto: 2 pontos   | 7-8                   | 7-8    |
| Aberto: 1 ponto        | Aberto: 1 ponto    | 9-10                  | 9-10   |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 11-12                 | 11-12  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 13-14                 | 13-14  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 15-16                 | 15-16  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 17-18                 | 17-18  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 19-20                 | 19-20  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 21-22                 | 21-22  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 23-24                 | 23-24  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 25-26                 | 25-26  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 27-28                 | 27-28  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 29-30                 | 29-30  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 31-32                 | 31-32  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 33-34                 | 33-34  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 35-36                 | 35-36  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 37-38                 | 37-38  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 39-40                 | 39-40  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 41-42                 | 41-42  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 43-44                 | 43-44  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 45-46                 | 45-46  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 47-48                 | 47-48  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 49-50                 | 49-50  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 51-52                 | 51-52  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 53-54                 | 53-54  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 55-56                 | 55-56  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 57-58                 | 57-58  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 59-60                 | 59-60  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 61-62                 | 61-62  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 63-64                 | 63-64  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 65-66                 | 65-66  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 67-68                 | 67-68  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 69-70                 | 69-70  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 71-72                 | 71-72  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 73-74                 | 73-74  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 75-76                 | 75-76  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 77-78                 | 77-78  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 79-80                 | 79-80  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 81-82                 | 81-82  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 83-84                 | 83-84  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 85-86                 | 85-86  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 87-88                 | 87-88  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 89-90                 | 89-90  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 91-92                 | 91-92  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 93-94                 | 93-94  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 95-96                 | 95-96  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 97-98                 | 97-98  |
| Aberto: 0 pontos       | Aberto: 0 pontos   | 99-100                | 99-100 |

DOCUMENTO 2 "12M"



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

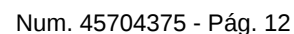
CHAMADA: 192  
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a):  
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO ☐ OUTRO  
Município de origem: Queimadas  
Solicitante: Paciente  
Relatório: Queimadura

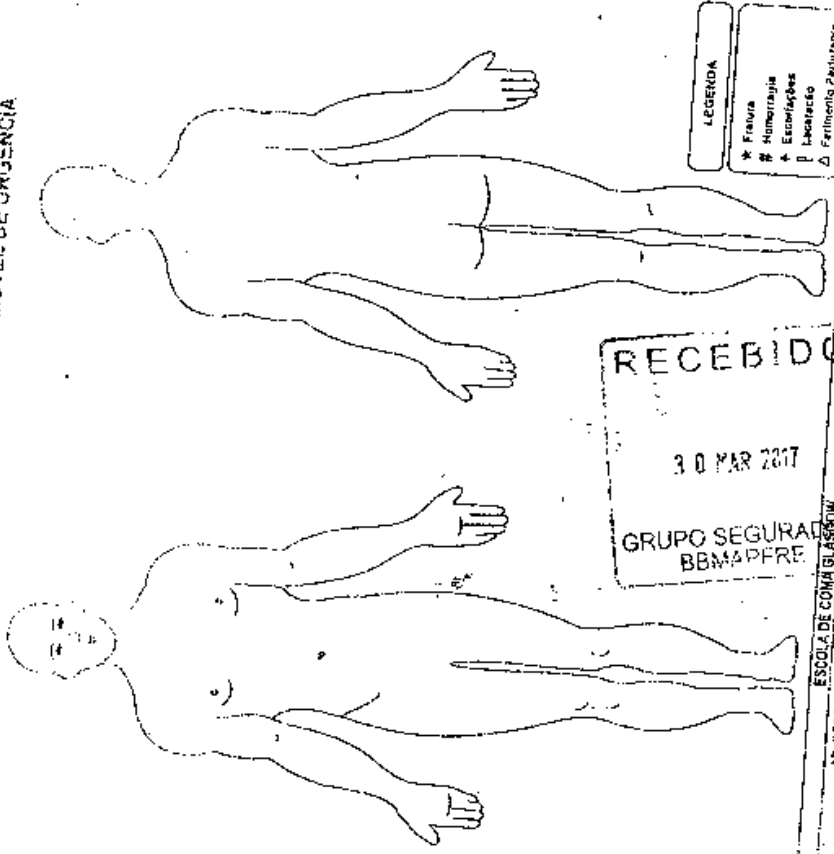
Tipo: ☒ Traumático ☐ Caso Clínico ☐ Oculístico  
Observações: Queimadura

Nome Completo: Andreia Lacerda Oliveira  
Idade: 44 Anos  
Sexo: F  
Município de origem: Queimadas  
Município de destino: Queimadas

ESTADO DE CONSCIÊNCIA: ☒ Normal ☐ Confuso ☐ Inconsciente ☐ Convulsionou ☐ Reagiu Estímulos ☐ Não Sabia  
RESPIRAÇÃO: ☒ Respira Normalmente ☐ Respiração Afrouxada ☐ Respiração Ruidosa ☐ Não Respira ☐ Não Sabia  
PULSO: ☒ SIM ☐ Normal ☐ Rápido ☐ Lento ☐ Irregular ☐ Sem Pulso ☐ Não Sabia  
SANGRAMENTO: ☐ Orido ☐ Nasal/Boca ☐ Vaginal ☐ Hematômese ☐ Gené ☐ Outro  
DOR AGUDA: ☐ Abdominal ☐ Cefaléia ☐ Torácica ou Abdominal em Idoso ☒ Queimaduras

AValiação do Estado do Paciente a Distância  
A. Trabalho de Parto: ☐ 01 Contato 15 min ☐ 13 Contato 15 min ☐ 35 Contato 15 min ☐ Não Sabia ☐ Bate Rota ☐ Sangramento ☐ Nasal ☐ Vaginal  
B. Trauma: ☐ Queda de própria Altura ☐ Queda de Altura Inf. a 4 m ☐ Queda de Altura sup. a 4 m ☐ Explosão ☐ Queimaduras  
C. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
D. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
E. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
F. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
G. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
H. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
I. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
J. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
K. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
L. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
M. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
N. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
O. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
P. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
Q. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
R. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
S. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
T. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
U. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
V. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
W. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
X. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
Y. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura  
Z. Queimaduras: ☐ Queimadura ☐ Queimadura ☐ Queimadura

[illegible]



RECEBIDO  
30 MAR 2017  
GRUPO SEGURADORA  
BBMAPERE

| ESCALA DE COMA GLASSGOW |                   | ESCALA DE SAUDES      |                   | ESCALA                |                   |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| ADULTOS                 | MEIORES DE SAUDES | ADULTOS               | MEIORES DE SAUDES | ADULTOS               | MEIORES DE SAUDES |
| 1. Aberto e responde    | 4                 | 1. Aberto e responde  | 4                 | 1. Aberto e responde  | 4                 |
| 2. Aberto e responde    | 3                 | 2. Aberto e responde  | 3                 | 2. Aberto e responde  | 3                 |
| 3. Aberto e responde    | 2                 | 3. Aberto e responde  | 2                 | 3. Aberto e responde  | 2                 |
| 4. Aberto e responde    | 1                 | 4. Aberto e responde  | 1                 | 4. Aberto e responde  | 1                 |
| 5. Aberto e responde    | 0                 | 5. Aberto e responde  | 0                 | 5. Aberto e responde  | 0                 |
| 6. Aberto e responde    | 0                 | 6. Aberto e responde  | 0                 | 6. Aberto e responde  | 0                 |
| 7. Aberto e responde    | 0                 | 7. Aberto e responde  | 0                 | 7. Aberto e responde  | 0                 |
| 8. Aberto e responde    | 0                 | 8. Aberto e responde  | 0                 | 8. Aberto e responde  | 0                 |
| 9. Aberto e responde    | 0                 | 9. Aberto e responde  | 0                 | 9. Aberto e responde  | 0                 |
| 10. Aberto e responde   | 0                 | 10. Aberto e responde | 0                 | 10. Aberto e responde | 0                 |
| 11. Aberto e responde   | 0                 | 11. Aberto e responde | 0                 | 11. Aberto e responde | 0                 |
| 12. Aberto e responde   | 0                 | 12. Aberto e responde | 0                 | 12. Aberto e responde | 0                 |
| 13. Aberto e responde   | 0                 | 13. Aberto e responde | 0                 | 13. Aberto e responde | 0                 |
| 14. Aberto e responde   | 0                 | 14. Aberto e responde | 0                 | 14. Aberto e responde | 0                 |
| 15. Aberto e responde   | 0                 | 15. Aberto e responde | 0                 | 15. Aberto e responde | 0                 |
| 16. Aberto e responde   | 0                 | 16. Aberto e responde | 0                 | 16. Aberto e responde | 0                 |
| 17. Aberto e responde   | 0                 | 17. Aberto e responde | 0                 | 17. Aberto e responde | 0                 |
| 18. Aberto e responde   | 0                 | 18. Aberto e responde | 0                 | 18. Aberto e responde | 0                 |
| 19. Aberto e responde   | 0                 | 19. Aberto e responde | 0                 | 19. Aberto e responde | 0                 |
| 20. Aberto e responde   | 0                 | 20. Aberto e responde | 0                 | 20. Aberto e responde | 0                 |
| 21. Aberto e responde   | 0                 | 21. Aberto e responde | 0                 | 21. Aberto e responde | 0                 |
| 22. Aberto e responde   | 0                 | 22. Aberto e responde | 0                 | 22. Aberto e responde | 0                 |
| 23. Aberto e responde   | 0                 | 23. Aberto e responde | 0                 | 23. Aberto e responde | 0                 |
| 24. Aberto e responde   | 0                 | 24. Aberto e responde | 0                 | 24. Aberto e responde | 0                 |
| 25. Aberto e responde   | 0                 | 25. Aberto e responde | 0                 | 25. Aberto e responde | 0                 |
| 26. Aberto e responde   | 0                 | 26. Aberto e responde | 0                 | 26. Aberto e responde | 0                 |
| 27. Aberto e responde   | 0                 | 27. Aberto e responde | 0                 | 27. Aberto e responde | 0                 |
| 28. Aberto e responde   | 0                 | 28. Aberto e responde | 0                 | 28. Aberto e responde | 0                 |
| 29. Aberto e responde   | 0                 | 29. Aberto e responde | 0                 | 29. Aberto e responde | 0                 |
| 30. Aberto e responde   | 0                 | 30. Aberto e responde | 0                 | 30. Aberto e responde | 0                 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Formulário de atendimento com campos para: Nome, Data, Hora, Local, Tipo de atendimento, Observações, e uma seção de avaliação do estado do paciente com checkboxes para sintomas e sinais vitais.

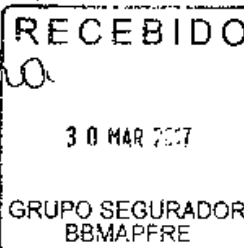


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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<br>(Rua/Avenida/Prça) | MORRO DO BOREL             |
| Número                           | 720                        |
| Apto / Complemento               | CASA                       |
| Bairro                           | SITIO MALHADA GRANDE       |
| Cidade                           | LUZIMADAS                  |
| Estado                           | PARANÁ                     |
| CEP                              | 58475 000                  |
| Telefone de Contato              | (83) 9.98298855 9.99428049 |
| E-mail                           |                            |

Por ser verdade, firmo-me.

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

**CAGEPA**Rua Feliciano Almeida, s/n - Jaguaribe - 7000-000 - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 07.090.118/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70172331

R. 052

39485805

**NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO**ANA LUCIA DE OLIVEIRA  
RUA DO MORRIS DO GOREL, 720  
SÍTIO MALHADA GRANDE  
QUEIMADAS

58475-000

| Inscrição       |                    | SMI         | Quantidade de Economias |                 |                |               | Responsável |
|-----------------|--------------------|-------------|-------------------------|-----------------|----------------|---------------|-------------|
| 030.20.000.0920 |                    | 000         | Residencial<br>1        | Comércio<br>0   | Indústria<br>0 | Serviços<br>0 | 0           |
| Hidrometro      | Data de instalação | Localização | Situação Água           | Situação Esgoto |                |               |             |
| 13N718917       | 06/10/2014         | 1           | LIGADO                  | POTENCIAL       |                |               |             |

Consta(n) 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**

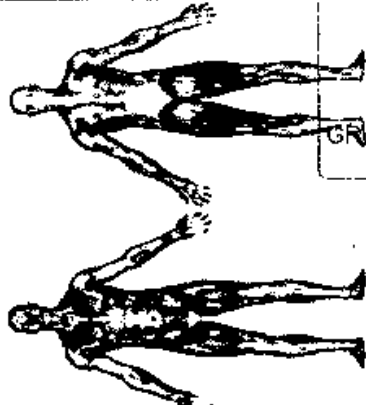
30 MAR 2017

GRUPO SEGURADOR  
B8MAPFRE

DOCUMENTO 4 "T4%"

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2021 19:45:05



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|--|------------|---------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------|-------------|-------------------------|-------------|---------------|--------|--------------------|----------|-------------|-----------------|---------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------------|--------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|---------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| <b>GOVERNO DA PARAIBA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE</b><br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b> |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b><br>Código da Unidade: 00023671<br>CNPJ: 08-778.268/0001-60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b><br><b>Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS</b><br><b>Município: CAMPINA GRANDE</b> <b>Estado: PARAIBA</b> <b>UF: 25</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>Nome:</b> ANA LUCIA DE OLIVEIRA<br><b>Prontuário Nº:</b> 1349536                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Sexo:</b> FEMININO<br><b>Idade:</b> |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>End.: SITIO MALHADA GRANDE, QUEIMADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Documento:</b> ZONA RURAL           |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>Município: QUEIMADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Estado: PB</b> <b>CEP: 251250</b>   |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>Data Atendimento: 15/11/2016 15:05h</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Código do Município: 251250</b>     |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>Carteão do SUS: DIA NASCIMENTO: 21/07/1977</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>QUEIXAS: ATROPELAMENTO</b>          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>MECANISMOS DO TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <table><tr><td>1. Abrasão</td><td>19. Fratura óssea fechada</td></tr><tr><td>2. Amputação</td><td>20. Fratura óssea aberta</td></tr><tr><td>3. Avulsão</td><td>21. Hematoma</td></tr><tr><td>4. Contusão</td><td>22. Injúria de contusão</td></tr><tr><td>5. Cópiação</td><td>23. Laceração</td></tr><tr><td>6. Dor</td><td>24. Lesão tendínea</td></tr><tr><td>7. Edema</td><td>25. Luxação</td></tr><tr><td>8. Empalhamento</td><td>26. Mordedura</td></tr><tr><td>9. Enfisema subcutâneo</td><td>27. Movimento tóxico paradoxal</td></tr><tr><td>10. Esmagamento</td><td>28. Objeto encaixado</td></tr><tr><td>11. Equimose</td><td>29. Otorragia</td></tr><tr><td>12. F. Arma branca</td><td>30. Paralisia</td></tr><tr><td>13. F. Arma de fogo</td><td>31. Paralisia</td></tr><tr><td>14. F. Contuso</td><td>32. Paralisia</td></tr><tr><td>15. F. Cortante</td><td>33. Queimadura</td></tr><tr><td>16. F. Corto-cortuso</td><td>34. Rotorragia</td></tr><tr><td>17. F. Furto-cortuso</td><td>35. Sinal de isquemia</td></tr><tr><td>18. F. Furto-cortante</td><td>36.</td></tr></table> |                                        |                                          |  | 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada | 2. Amputação      | 20. Fratura óssea aberta | 3. Avulsão | 21. Hematoma | 4. Contusão | 22. Injúria de contusão | 5. Cópiação | 23. Laceração | 6. Dor | 24. Lesão tendínea | 7. Edema | 25. Luxação | 8. Empalhamento | 26. Mordedura | 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento tóxico paradoxal | 10. Esmagamento | 28. Objeto encaixado | 11. Equimose | 29. Otorragia | 12. F. Arma branca | 30. Paralisia | 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia | 14. F. Contuso | 32. Paralisia | 15. F. Cortante | 33. Queimadura | 16. F. Corto-cortuso | 34. Rotorragia | 17. F. Furto-cortuso | 35. Sinal de isquemia | 18. F. Furto-cortante | 36. |
| 1. Abrasão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 19. Fratura óssea fechada              |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 2. Amputação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20. Fratura óssea aberta               |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 3. Avulsão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 21. Hematoma                           |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 4. Contusão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 22. Injúria de contusão                |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 5. Cópiação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 23. Laceração                          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 6. Dor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24. Lesão tendínea                     |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 7. Edema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 25. Luxação                            |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 8. Empalhamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 26. Mordedura                          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 9. Enfisema subcutâneo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 27. Movimento tóxico paradoxal         |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 10. Esmagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 28. Objeto encaixado                   |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 11. Equimose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 29. Otorragia                          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 12. F. Arma branca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 30. Paralisia                          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 13. F. Arma de fogo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 31. Paralisia                          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 14. F. Contuso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 32. Paralisia                          |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 15. F. Cortante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33. Queimadura                         |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 16. F. Corto-cortuso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 34. Rotorragia                         |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 17. F. Furto-cortuso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 35. Sinal de isquemia                  |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 18. F. Furto-cortante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 36.                                    |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>EXAMES SOLICITADOS:</b><br>( ) Laboratoriais<br>( ) Ultrassonografia<br>( ) Gasometria arterial<br>( ) Radiografias<br>( ) Tomografia Computadorizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:</b><br><b>Especialista:</b> _____ <b>às</b> _____ <b>hs</b> <b>Dia</b> _____<br><b>Especialista:</b> _____ <b>às</b> _____ <b>hs</b> <b>Dia</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>MÉDICO SOLICITANTE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>PRESCRIÇÕES E CONDIÇÕES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <table><tr><td>1</td><td>_____</td><td>HORÁRIO REALIZADO</td></tr><tr><td>2</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>_____</td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                          |  | 1          | _____                     | HORÁRIO REALIZADO | 2                        | _____      |              | 3           | _____                   |             | 4             | _____  |                    | 5        | _____       |                 | 6             | _____                  |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                  | HORÁRIO REALIZADO                        |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                  |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                  |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                  |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                  |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____                                  |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |
| <b>ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</b><br><br><b>Dr. M. M. M.</b><br><b>CRM 521.202.000.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                          |  |            |                           |                   |                          |            |              |             |                         |             |               |        |                    |          |             |                 |               |                        |                                |                 |                      |              |               |                    |               |                     |               |                |               |                 |                |                      |                |                      |                       |                       |     |

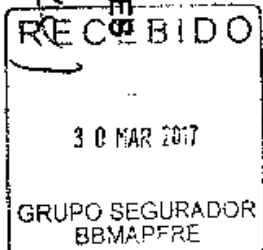




GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

(5444)



### Ficha de Acolhimento

|                       |                                    |                             |                        |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Nome:                 | Ana Luísa De Oliveira              |                             |                        |
| End:                  | R. 5710 Velocidade Decade          |                             | Bairro: Azeiteiras-P.B |
| Data de Nascimento:   | 22.07.77                           | Documento de Identificação: |                        |
| Queixa:               | Afetado no membro superior direito |                             |                        |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                            | ( ) Não                     |                        |

### Classificação de Risco

|                          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
|--------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom   | ( ) Regular          | ( ) Baixo | Aspecto:             | ( ) Calmo       | ( ) Fúteis de dor | ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Pressão arterial:        |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Dosagem de HGT:          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Deambulação:             | ( ) Livre | ( ) Cadeira de rodas | ( ) Maca  | Frequência cardíaca: |                 |                   |             |
|                          |           |                      |           | Temperatura axilar:  |                 |                   |             |
|                          |           |                      |           | Mucosas:             | ( ) Normocorada | ( ) Pálida        |             |

### Estratificação

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

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora

( ) Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional









GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



### Ficha de Acolhimento

(54400)

|                       |                         |         |                  |
|-----------------------|-------------------------|---------|------------------|
| Nome:                 | Ana                     |         |                  |
| End:                  | R. 5710, Uelcida, Brejo |         |                  |
| Data de Nascimento:   | 28.07.77                | Bairro: | Araruama - P. B. |
| Queixa:               | Afonia                  |         |                  |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                 | ( ) Não |                  |

### Classificação de Risco

|                          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
|--------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom   | ( ) Regular          | ( ) Baixo | Aspecto:             | ( ) Calmo       | ( ) Fâceis de dor | ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Pressão arterial:        |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Dosagem de HGT:          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
| Deambulação:             | ( ) Livre | ( ) Cadeira de rodas | ( ) Maca  | Frequência cardíaca: |                 |                   |             |
|                          |           |                      |           | Temperatura axilar:  |                 |                   |             |
|                          |           |                      |           | Mucosas:             | ( ) Normocorada | ( ) Pálida        |             |

### Estratificação

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

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

MOD. 110

Foto Dilofenaco 3mg  
03.13:10

Assinatura e carimbo do profissional



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  
Código de Unidade: 00023671  
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS  
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

PRONTUÁRIO Nº: 134972  
Nome: ANA LUCIA DE OLIVEIRA  
Profissão:  
End: SÍTIO PAULADA GRANDE  
Município: QUEIMADAS Estado: PB CEP: 58125-0  
Data Atendimento: 16/11/2016 Código do Município: 251250  
Cidade do SUS: DIA NASCIMENTO: 23/07/1972 QUEIMAS ATROPELAMENTO

DADOS DO PACIENTE  
Sexo: FEMININO Idade: 39 ANOS  
ZONA RURAL

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

1. Cabeça 2. Ombro 3. Braço 4. Cotovelo 5. Antebraço 6. Mão 7. Dedo 8. Tornozelo 9. Pé 10. Calcâneo 11. Aquilão 12. Talo 13. Calcâneo 14. F. Calcâneo 15. F. Calcâneo 16. F. Calcâneo 17. F. Calcâneo 18. F. Calcâneo 19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hematoma 22. Hiperplasia vascular 23. Laceração 24. Laceração 25. Luxação 26. Nevralgia 27. Movimento forçado por dor 28. Objeto penetrante 29. Queimadura 30. Paralisia 31. Paralisia 32. Paralisia 33. Queimadura 34. Alargamento 35. Sinal de Jaqueira 36.

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

DIAGNÓSTICO / CID: *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*

EXAME PRÉLIMINAR - DADOS CLÍNICOS

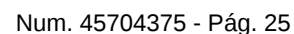
*W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*

ALERGIA:  
MEDICAMENTOS:  
PATÓLOGIAS:  
EXAME FÍSICO:  
PUPILAS ( ) Isotópicas ( ) Anisotópicas ( )  
Glaucoma ( ) PA: HGT: Sístole: Diástole: 25/12/50

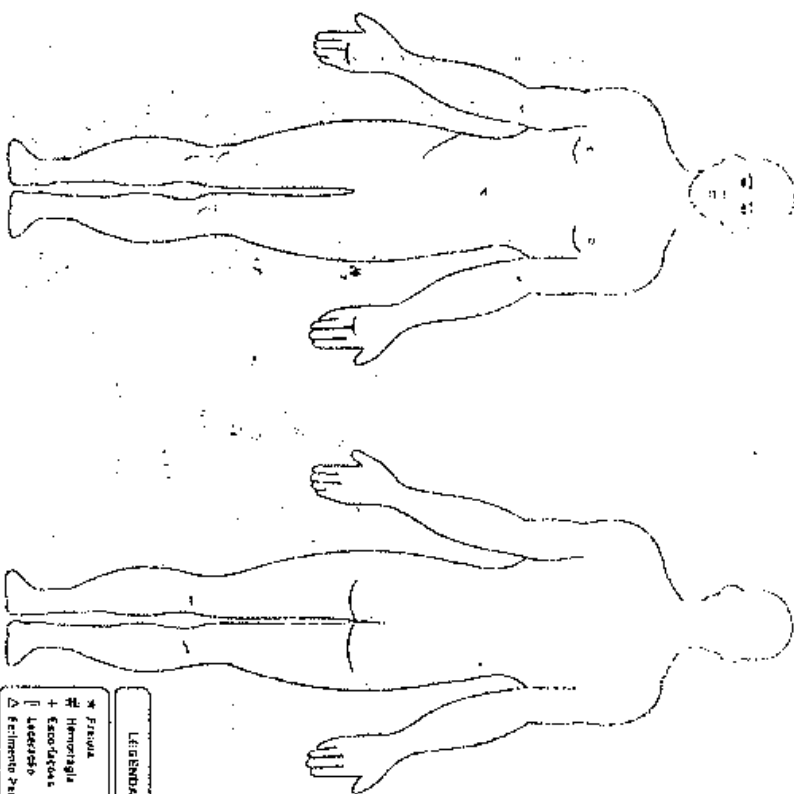
EXAMES SOLICITADOS:  
( ) Laboratoriais  
( ) Ultrassonografia  
( ) Radiografias  
( ) Tomografia Computadorizada  
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:  
Especialista: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:

1. *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*  
2. *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*  
3. *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*  
4. *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*  
5. *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*  
6. *W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: *Dr. W10.100 - Acidente de trânsito por veículo motorizado*  
CPF: 021.123.456  
HORA DO REALIZADO: 14h

[illegible]

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



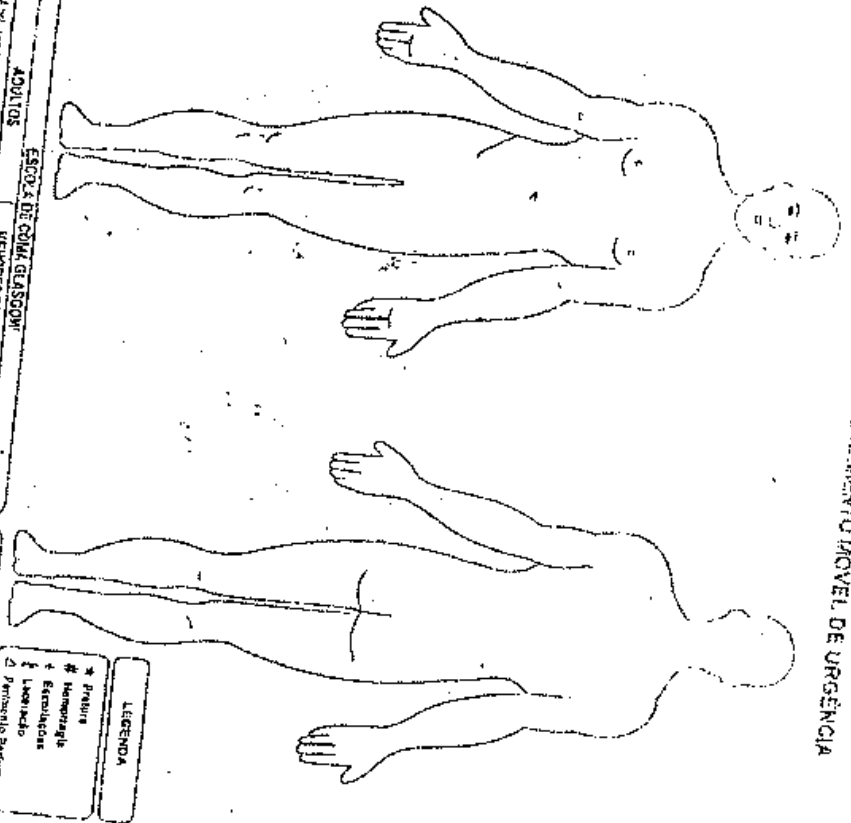
| ESCALA DE COMA DE JAGGOW |                   | ESCALA DE TRAUMA |    |
|--------------------------|-------------------|------------------|----|
| ADULTOS                  | MEIOSES DE 3 ANOS | ESCALA           |    |
| 4-6                      | 4                 | 1-5              | 1  |
| 7-12                     | 3                 | 6-10             | 2  |
| 13-15                    | 2                 | 11-15            | 3  |
| 16-20                    | 1                 | 16-20            | 4  |
| 21-24                    | 0                 | 21-24            | 5  |
| 25-30                    | 0                 | 25-30            | 6  |
| 31-35                    | 0                 | 31-35            | 7  |
| 36-40                    | 0                 | 36-40            | 8  |
| 41-45                    | 0                 | 41-45            | 9  |
| 46-50                    | 0                 | 46-50            | 10 |
| 51-55                    | 0                 | 51-55            | 11 |
| 56-60                    | 0                 | 56-60            | 12 |
| 61-65                    | 0                 | 61-65            | 13 |
| 66-70                    | 0                 | 66-70            | 14 |
| 71-75                    | 0                 | 71-75            | 15 |
| 76-80                    | 0                 | 76-80            | 16 |
| 81-85                    | 0                 | 81-85            | 17 |
| 86-90                    | 0                 | 86-90            | 18 |
| 91-95                    | 0                 | 91-95            | 19 |
| 96-100                   | 0                 | 96-100           | 20 |

| PACIENTE                                      |  | SOCORRO                                                 |  | CHAMADA                                  |  |
|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| Nome Completo: <b>Sra. Jussara dos Santos</b> |  | Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> Transfêrencia |  | Município de origem: <b>Quixerópolis</b> |  |
| Idade: <b>68</b> Anos                         |  | Caso Clínico: <b>28</b>                                 |  | Data: <b>13/07/2021</b>                  |  |
| Sexo: <b>F</b>                                |  | Obstétrico: <b>0</b>                                    |  | Hora: <b>17:45</b>                       |  |
| Profissão: <b>Dono de casa</b>                |  | Quebra de Saúde: <b>0</b>                               |  | Observação: <b>0</b>                     |  |
| Grupo Segurador: <b>BBMAPFRE</b>              |  | Observação: <b>0</b>                                    |  | Observação: <b>0</b>                     |  |

| AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA |  | ESTADO DE CONSCIENTIZAÇÃO                  |  | RESPIRAÇÃO                                            |  | PULSO                                       |  | SANGRAMENTO                                |  | DOR AGUDA                                  |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 01 Consciente 10 min                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal |  | <input checked="" type="checkbox"/> Respiração Normal |  | <input checked="" type="checkbox"/> Regular |  | <input checked="" type="checkbox"/> Nenhum |  | <input checked="" type="checkbox"/> Nenhum |  |
| 02 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Anormal           |  | <input type="checkbox"/> Irregular          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 03 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 04 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 05 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 06 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 07 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 08 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 09 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |
| 10 Coma 10 min                              |  | <input type="checkbox"/> Coma              |  | <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa           |  | <input type="checkbox"/> Sem pulso          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  | <input type="checkbox"/> Qualquer          |  |

# ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



| ESCALA DE COMA GLASGOW              | MEMÓRIA DE 5 ANOS       | ESCALA |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|
| 1. Não responde a qualquer estímulo | Com Estímulos Auditivos | 1      |
| 2. Responde a estímulos dolorosos   | Com Estímulos Auditivos | 2      |
| 3. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 3      |
| 4. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 4      |
| 5. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 5      |
| 6. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 6      |
| 7. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 7      |
| 8. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 8      |
| 9. Responde a estímulos verbais     | Com Estímulos Auditivos | 9      |
| 10. Responde a estímulos verbais    | Com Estímulos Auditivos | 10     |

| ESCALA DE TRAIUMA           | FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (movimentos/min) | PRESSÃO SANGÜÍNEA (mmHg) | ESCALA GLASGOW |
|-----------------------------|------------------------------------------|--------------------------|----------------|
| 1. Presença de hemiparesia  | 15-20                                    | 120-160                  | 15             |
| 2. Presença de hemiparesia  | 21-25                                    | 120-160                  | 14             |
| 3. Presença de hemiparesia  | 26-30                                    | 120-160                  | 13             |
| 4. Presença de hemiparesia  | 31-35                                    | 120-160                  | 12             |
| 5. Presença de hemiparesia  | 36-40                                    | 120-160                  | 11             |
| 6. Presença de hemiparesia  | 41-45                                    | 120-160                  | 10             |
| 7. Presença de hemiparesia  | 46-50                                    | 120-160                  | 9              |
| 8. Presença de hemiparesia  | 51-55                                    | 120-160                  | 8              |
| 9. Presença de hemiparesia  | 56-60                                    | 120-160                  | 7              |
| 10. Presença de hemiparesia | 61-65                                    | 120-160                  | 6              |

LEGENDA  
 \* Presença de hemiparesia  
 + Presença de hemiparesia  
 - Presença de hemiparesia  
 0 Presença de hemiparesia

**PRESEÇA MÚLTIPLA DE QUEIMADURAS**

**CHAMADA DE EMERGÊNCIA**  
 Nome do Paciente: Dr. Lourenço da Silva  
 Endereço: Rua da Liberdade, 123  
 Cidade: Recife  
 Estado: PE  
 CEP: 51000-000  
 Telefone: (71) 3333-3333  
 Data: 13/07/2021  
 Hora: 19:45

**SOCORRO**  
 Tipo: Quemadura  
 Local: Atendimento Móvel  
 Data: 13/07/2021  
 Hora: 19:45

**GRUPO DE SEGURANÇA**  
 Grupo: Gravemente  
 Data: 13/07/2021  
 Hora: 19:45

**AValiação do Estado do Paciente a Distância**  
 (Método de Glasgow)  
 1. Consciência: 15  
 2. Localização: 15  
 3. Movimento: 15  
 4. Sentimento: 15  
 5. Temperatura: 15  
 6. Pressão: 15  
 7. Frequência Respiratória: 15  
 8. Pressão Sanguínea: 15  
 9. Escala de Trauma: 15  
 10. Escala de Glasgow: 15

**ESTADO DE CONSCIÊNCIA**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**RESPIRAÇÃO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**PULSO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**SANGRAMENTO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**DOR AGUDA**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**TRAUMA**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

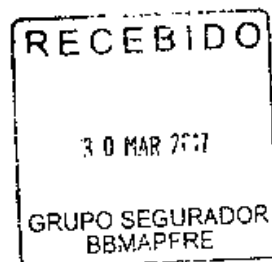
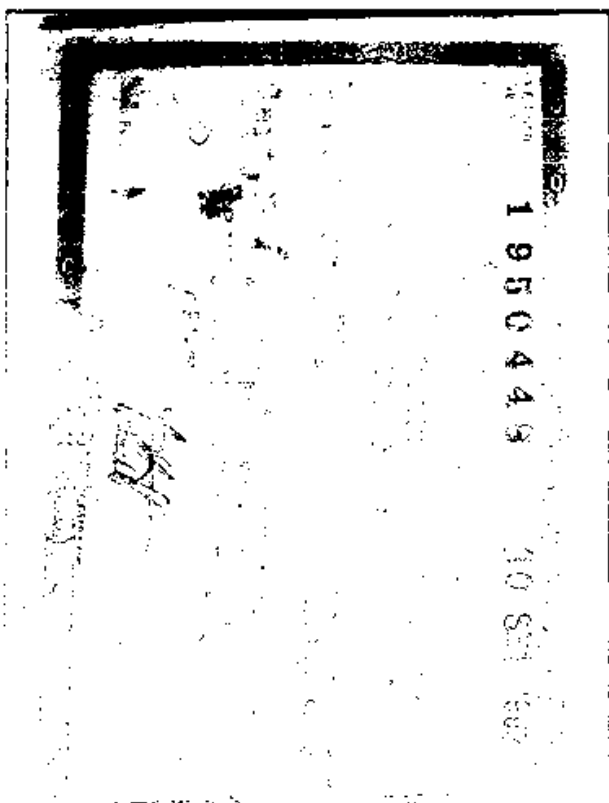
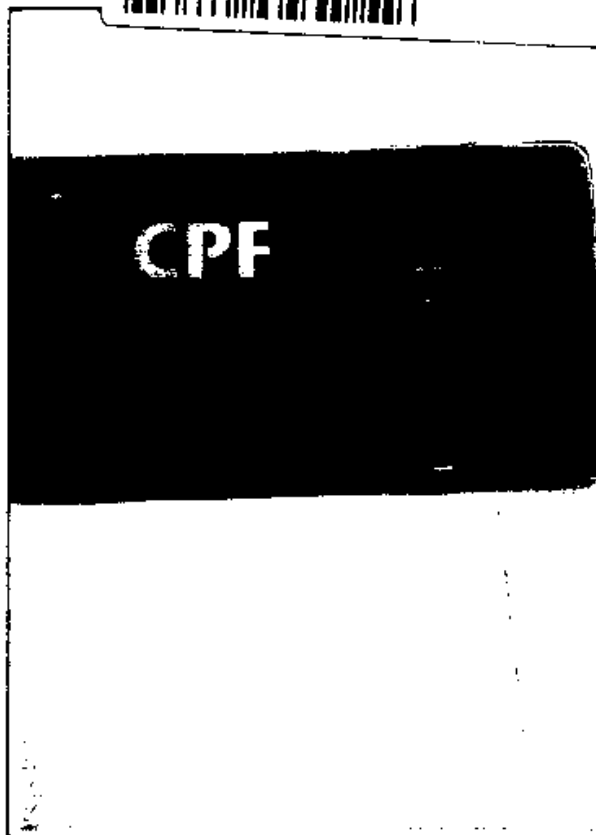
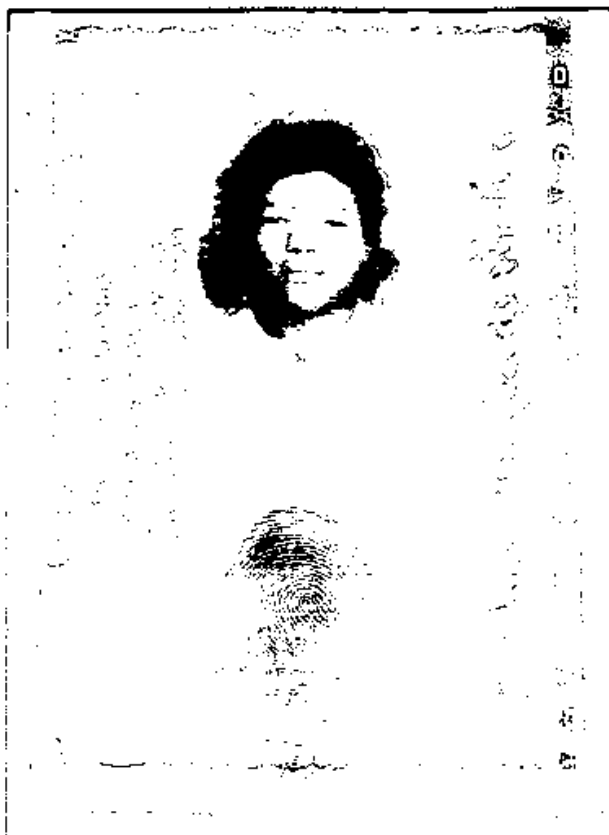
**APÓIO SOLICITADO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**TRANSPORTE UTILIZADO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**APÓIO SOLICITADO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

**TRANSPORTE UTILIZADO**  
 1. 15  
 2. 15  
 3. 15  
 4. 15  
 5. 15  
 6. 15  
 7. 15  
 8. 15  
 9. 15  
 10. 15

DOCUMENTO 5 "TS%"





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

DOCUMENTO 6 \*T66\*



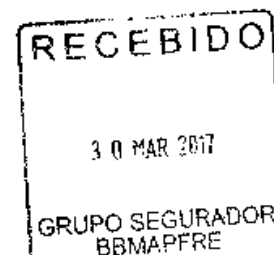
## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Tipo de Processo</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Processo Novo <input type="checkbox"/> Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Atendente</b><br><b>LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |
| <b>Tipo de Sinistro</b><br>Invalidiz Permanente/Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Agência</b><br><b>SUCURSAL CAMPINA GRANDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |
| <b>Nome do Requerente</b><br><b>ANA LUCIA DE OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Nome da Vítima</b><br><b>ANA LUCIA DE OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>CPF da Vítima</b><br><b>10030381746</b> |
| <b>Documentos Complementares</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |
| <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima<br><input type="checkbox"/> CPF da Vítima<br><input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus<br><input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial<br><input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário<br><input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais<br><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT<br><input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador                                                                |                                            |
| <b>Morte</b><br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico<br><b>ESPOSO(A)</b><br><input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento<br><input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS<br><input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fad.<br><input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento<br><input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores<br><input type="checkbox"/> Alvará Judicial |  | <b>Invalidiz Permanente</b><br><input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada<br><b>Outros Docos. Entregues e Observações</b><br><b>DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. JOSE IGO // EMAIL: IGOOLIVEIRA.BALBINOS.PE@HOTMAIL</b><br><br><b>MAPFRE SEGUROS</b><br>AMS - Campina Grande<br>Fone/Fax: (83) 3341-6070<br>27/03/17                                                                                                        |                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>DAMS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar<br><input type="checkbox"/> Relatório Médico<br><input type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)<br><input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)<br><input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros |                                            |

**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



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 22/03/2017



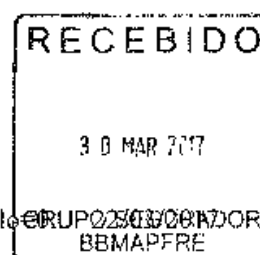
- Comprovante de Residência do Procurador

**Documentos para Invalidez Permanente/Total:**

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

---

Nome Completo / RG



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=21071319450483800000043430402>





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



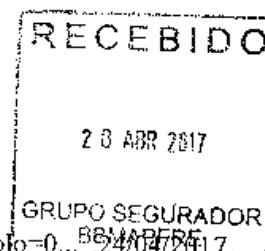
## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Tipo de Processo</b><br><input type="radio"/> Processo Novo <input checked="" type="radio"/> Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Atendente</b><br><b>LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |
| <b>Tipo de Sinistro</b><br>Invalidez Permanente/Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Agência</b><br><b>SUCURSAL CAMPINA GRANDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |
| <b>Nome do Requerente</b><br><b>ANA LUCIA DE OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Nome da Vítima</b><br><b>ANA LUCIA DE OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>CPF da Vítima</b><br><b>10030381746</b> |
| <b>Documentos Complementares</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |
| <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima<br><input type="checkbox"/> CPF da Vítima<br><input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus<br><input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial<br><input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário<br><input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais<br><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador                                                                                      |                                            |
| <b>Morte</b><br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento<br><input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS<br><input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.<br><input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento<br><input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores<br><input type="checkbox"/> Alvará Judicial |  | <b>Invalidez Permanente</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada<br><br><b>Outros Docos. Entregues e Observações</b><br><b>DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. JOSE IGO // EMAIL: JGOOLIVEIRA.BALBINOS.PE@HOTMAIL</b><br><br><br><b>MAPFRE SEGUROS</b><br>AMS - Campina Grande<br>Fone/Fax: (83) 3341 1111<br>25/04/17                                                                                     |                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>DAMS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar<br><input type="checkbox"/> Relatório Médico<br><input type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)<br><input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)<br><input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros |                                            |

**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



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...24/04/2017>



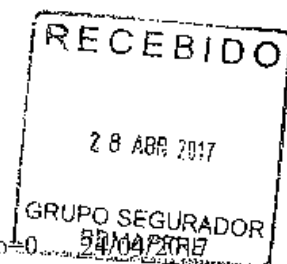
- Comprovante de Residência do Procurador

**Documentos para Invalidez Permanente/Total:**

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

---

**Nome Completo / RG**

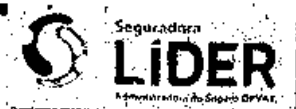


<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0>



11/04/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(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)

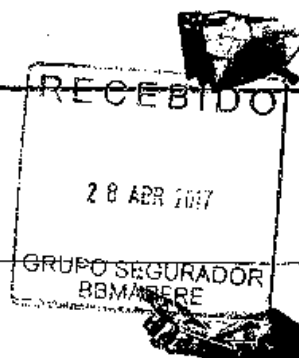


(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.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)



PAGUE SEGURO

0119276

seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/2



## 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 prever 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

( **X** ) "Sem sequela permanente" (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):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

