



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190199509**                      **Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 10/12/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 01111/01112 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14086683

---

**Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190199509**

**Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 10/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

05810334423

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

CPF:

05810334423

Profissão:

REOZO

Endereço:

SETE DE SETEMBRO

Número:

06

Complemento:

CASA

Bairro:

0112220

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58088610

E-mail:

Tel.(DDD):

8398708878

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

94960

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa, 11/03/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

Assinatura

PROTOCOLO

DA JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
Gerência Executiva de Polícia Civil  
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

## CERTIDÃO 280/2019



**CERTIFICO** que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº **280/2019**, na mesma continha o seguinte teor: Aos sete dias do mês de março, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. **Markson Augusto Martins de Araújo**, brasileiro, solteiro, natural de Patos/PB, nascido aos 16/04/1984, filho de Martins Augusto e de Rita de Araújo Augusto, portador da cédula de identidade nº 2 741 904 Seds. - PB, CPF nº 058.103.344 - 23, residente (no) rua 07 de setembro nº 06, bairro de oitizeiro, nesta capital, CEP – 58088-670, e notificou que, na manhã do dia 10 de dezembro do ano de 2018, por volta das 6:30 horas aproximadamente, o Notificante se conduzia na motocicleta Yamaha/ YBR 150 Fator, cor preta, ano e modelo 2018, placa QSA – 4660 PB e chassi nº 9C6RG3140J00230229, cadastrada em nome de Rosa Sousa dos Santos, objetivando a avenida Hilton Souto Maior, sentido Mangabeira, nas proximidades do viaduto e consequente rotatória para este, sofreu um tranca por parte de um caminhão de placas e Condutor não identificado, e, ao desviar este, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena nesta capital, no qual ficou diagnosticado Fratura de Clavícula esquerda, identificada pelo CID 10 S42.0, conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 07 de março de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

*Markson Augusto Martins de Araújo*





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

05810334423

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAÚJO

CPF:

05810334423

Profissão:

REOZO

Endereço:

SETE DE SETEMBRO

Número:

06

Complemento:

CASA

Bairro:

0112220

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58088610

E-mail:

Tel.(DDD):

8398708878

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

94960

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa, 11/03/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAÚJO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

Assinatura

PROTOCOLO  
DA JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.




**Identificação do paciente**

ID 1066830	Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34 anos 7 meses 24 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Religião CATOLICA	Prontuário 99887	
Mãe RITA DE ARAUJO AUGUSTO	Pai MARTINS AUGUSTO	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987112025	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 06313081173	Nº Cns 700406939057642
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

**Endereço**

CEP 5806670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SETE DE SETEMBRO
Número 06	Complemento	Bairro OTIZEIRO	

**Admissão**

Data e Hora 10/12/2018 10:18:03	Número da pulseira 100006940118	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

**Exames complementares**

Raio X []    Sangue []    Urina []    TC []    Liqueur []    ECG []    Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir





Número do Cartão: 506741XXXXXX7853

Atendimento a Clientes: 400 45 00 9  
 Detalhes Localidades: 0800 9409 005

[illegible]

CITIZENS PEOPLE

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO  
SETE DE SETEMBRO 06  
OITIZEIRO

58088-670 JOAO PESSOA PB



7211307021 38073 21000040756 30 150119

Manuscript received: 23/01/2019. Published: 10/01/19. Epub date: 11/01/2019.

**Vencimento da Fatura**

23/01/2019

Total da fatura

R\$ 647,94

Regulatory Monitoring

R\$ 525,03

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos aplicados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em caso de pagamento mínimo: R\$ 16,96.  
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 11/02/2019.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 11/02/2015

### Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/París	Crédito/Débito
11/12	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		603,38
26/12	JUROS ROTATIVO		41,67
21/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		250,09
24/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
24/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
24/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
24/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AUISTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
Subtotal Nacional			394,07

MARKSON A M ARAUJO 506741XXXXXX7853

Movimentações Nacionais

26/10 PAG<sup>TM</sup> wireless 03/02

22/11 MAYARA ALVES DE PAULA, 02/02

22/11 MAYARA ALVES DE PAULA 02/03

22/11 MAGAZINE LUIZA, 02/11

2011 MAGAZINE L'ESCA 02/01

SAO PAULO

JOAO PESSOA

JOAO PESSOA

FRANCIA

FRANK A.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



CAIXA



## Fatura Mensal

Número do Cartão: 506741 XXXXXX7853  
Atendimento a Clientes: 40045009  
Detalhes Localidade: 0800 9409009

## Vencimento da Fatura

23/01/2019

## Total da fatura

R\$ 647,94

## Pagamento Mínimo

R\$ 525,03

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos associados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em caso de pagamento tribuindo até o vencimento R\$ 16,56  
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 11/02/2019

## Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Crédito/Débito
11/12	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		603,38
26/12	JUROS ROTATIVO		41,67
21/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		250,00
24/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
24/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
24/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
24/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
26/12	AJUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
Subtotal Nacional			394

MARKSON A M ARAUJO 506741 XXXXXX7853

Movimentações Nacionais

26/10 PAG\* aniversário 03/03  
22/11 MAYARA ALVES DE PAULA 02/02  
22/11 MAYARA ALVES DE PAULA 02/03  
22/11 MAGAZINE LUIZA 02/11  
22/11 MAGAZINE LUIZA 02/09

SAO PAULO  
JOAO PESSOA  
JOAO PESSOA  
FRANCA  
FRANCA



CIC RECDE PE PL6  
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO  
SETE DE SETEMBRO 06  
OITIZEIRO  
58088-670 JOAO PESSOA PB



7211307021 98073 21000040736 30 150119  
Vencimento: 23/01/2019 Postagem: 10961719 Emissão: 11/01/2019

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSA MARIA DO SANTOS  
RG nº 2.552.958, data de expedição 01/08/2012  
Órgão SSDSPB, portador do CPF nº 056.726.824-13, com  
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA-PB, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SETE DE SETE MBRO-B: oitizeiro, nº 06,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARTINHO AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO, cujo o condutor era  
MARTINHO AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: YAMAHA/YBR 150 FACTOR ED COR: PRETA  
Ano: 2018-2018  
Placa: QSA 46 60  
Chassi: 9CLRG3140J0023023  
Data do Acidente: 10/12/2018  
Local e Data: HILTON SOUTO MAIOR BAIRRO: JOSÉ AMÉRICO DATA: 10/12/2018

x Rosa Augusta dos Santos  
Assinatura do Declarante

Markron Augusto Martins de Araujo

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**SORTO**  
SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS E REGISTRAÇÃO  
Eletro: Maria Angela Souza Cardozo  
Tecnologia

1º OFICINA DE NOTAS  
2º TALLERONATO DE PROTESTOS  
PLAZA 1811 N° 42 - CENTRO  
CIP 1811@lati.2010@proton.me  
TEL: 091 3341 1041 FAX: 091 3341 1042

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s des:.....  
 MARILSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO.....  
 \*\*\*\*\*

En test, da verdade. Joao Pessoa-FB 28/01/2019 11:19:52

Isaac Dionísio da Silva - Auxiliar

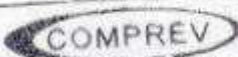
[2019-002370]JEMOL:R\$ 49.91 FAREPENG:R\$ 0.29 FCPJ:R\$ 1.98 ISS:R\$ 0.50

SELD DIGITAL: AIA78008-42DA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.com.br/verificar>



502670



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO  
DA JOÃO PESSOA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Markson Augusto Martins de Araujo  
DATA DE NASCIMENTO 16/04/84  
NOME DA MÃE Rita de Araujo Augusto

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99887  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1128340  
DATA DO ATENDIMENTO 10/12/18  
HORA DO ATENDIMENTO 10:18  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda  
CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em ombro esquerdo, apresenta abaulamento em região clavicular esquerda. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico inicialmente, optado posteriormente por tratamento conservador.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX clavícula E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula E.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 20/12/18  
DATA DA EMISSÃO: 28/02/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>	BAE 1128340	Data/Hora Entrada 10/12/2018 10:18:03	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34a 7m 24d	Sexo Masculino	CNS 700406939057642
Mãe <b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>			Telefone de Contato (83) 987112025
Endereço <b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>	Bairro <b>OUTIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 10/12/2018 10:18:03		Data/Hora Prescrição 10/12/2018 10:55:47	

**Anamnese**

Paciente com história de queda de moto há 4 horas referindo dor no ombro esquerdo. Nega alergia a medicamentos.

EF: abaulamento na região da clavícula esquerda. Neurovascular preservado no MSE.

CD: solicito radiografia da clavícula esquerda  
orientado por Dr. Roberto Santos

**MEDICAÇÃO**

DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/ZANCA)

**PROCEDIMENTO**

TIOFIA, (OBSERVAÇÕES: NO MSE)

**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta**

Em observação

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

Dr. Bruno de Luna Roma  
MEDICO  
CRM-53 10075

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>		BAE <b>1128340</b>	Data/Hora Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/04/1984</b>	Idade <b>34a 7m 24d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700406939057642</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987112025</b>
Mãe <b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>				Prontuário <b>99887</b>
Endereço <b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>		Bairro <b>OITIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/12/2018 10:18:03</b>			Data/Hora Prescrição <b>10/12/2018 15:22:22</b>	

## Anamnese

Paciente com história de queda de moto há 4 horas referindo dor no ombro esquerdo. Nega alergia a medicamentos.

abaulamento na região da clavícula esquerda. Neurovascular preservado no MSE.

Radiografia com fratura de clavícula esquerda. Apresenta material de síntese na clavícula

CD: internação hospitalar para procedimento cirúrgico orientado por Dr. Tammer

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

MDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS: Rotina registrada por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 10/12/2018 10:18:08

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

## Conduta

ternar Paciente

Dr Bruno de Luna Roma  
MEDICO  
CRM-PB 10075

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 13/12/2018 09:49:38

Nome <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>	Boletim de Atendimento <b>1128340</b>	Data/Hora Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/04/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700406939057642</b>
Tempo de internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data Internação <b>10/12/2018 17:31:28</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 23h 31min</b>	Permanência no Leito: <b>2d 16h 18min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 13/12/2018 09:49:22)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA CLAVICULA ESQUERDA (PERI PLACA)

02 ANOS POS OP OSTEOSINTESE CLAVICULA ESQUERDA

EXAMES OK

CD: ANALGESIA

AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0010

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 12/12/2018 08:23:57

Nome <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>		Boletim de Atendimento <b>1128340</b>	Data/Hora Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/04/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700406939057642</b>	Prontuário <b>99887</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data Internação <b>10/12/2018 17:31:28</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 22h 5min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 14h 52min</b>	

## EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 12/12/2018 08:23:45)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**FRATURA DA CLAVICULA ESQ**

exames pre op ok

cd: aguarda cirurgia

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0010

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Tibirica Medeiros  
Clavícula Fratura direita  
CRM PB 7296

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENHOR H

Data: 13/12/  
Usuário: EDSON DELC.

Boleim 1128340



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	Data de 16/04/1984	Idade 34a 7m 27d	Sexo MASCULINO	Nº 1128340	Nº Prontuário 99887	Data Prescrição 13/12/2018 09:50:42
Motivo do Atendimento AREA VERDE ENF 36 / 0010	Enfermagem / Leito AREA VERDE ENF 36 / 0010	Validade da Prescrição 13/12/2018 17:00:00 - 14/12/2018 17:00:00		Senha		
Convenio SUS	Matrícula					

Data da entrada: 10/12/2018 10:18:03	Data da Internação: 10/12/2018 17:31:28	Permanência na 2d 23h 32min	Permanência no 2d 16h 19min
---	--	--------------------------------	--------------------------------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIETA LIVRE	0,0		ORAL			AT
2	DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	500,0	MG	ORAL		8/8H	AT
3	OMEPRAZOL	20,0	MG	ORAL		1X AO DIA	AT
4	SSVV + CCGG	0,0					AT

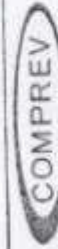
Reimpresso por: -

dia: -

Danielle Fernandes Viana Nobrega  
COREN-PB 202705 - ENF

Dir. Edigmar  
Coord. Enfermagem  
Assinatura e Carimbo do Profissional

EDSON DELGADO TINOCO  
CRM: 7142



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**Cruz Vermelha Brasileira** HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENA - DR H

Data: 12/12/18 08:24  
Usuário: TIBIRICA  
Boleim 1128340

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	Data de 16/04/1984	Idade 34a 7m 26d	Sexo MASCULINO	Nº 1128340	Nº Prontuário 99887	Data Prescrição 12/12/2018 08:24:36
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
Convenio SUS	AREA VERDE ENF 36 / 0010	12/12/2018 17:00:00 - 13/12/2018 17:00:00				
Matrícula		Senha				

Data da entrada: 10/12/2018 10:18:03	Data da internação: 10/12/2018 17:31:28	Permanência na 1d 22h 6min	Permanência no 1d 14h 53min
---	--	-------------------------------	--------------------------------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIETA LIVRE	0,0			ORAL		alt
2	DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	500,0	MG		ORAL	8/8H	alt
3	OMEPRAZOL	20,0	MG		ORAL	1X AO DIA	alt
4	SSW + CCGG	0,0					alt

Reimpresso por: -  
dia: -

TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA  
CRM: 7296

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Rodrigo Medeiros  
CRM: 7296 CRM PE 2014

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 MAR. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA S. NADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO				Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
Motivo de Atendimento					16/04/1984	34a 7m 25d	MASCULINO	1128340	99887	10/12/2018 15:22:22
Convenio SUS	AREA VERDE ENF 36 / 0010				Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
				Matricula		10/12/2018 15:22:00 - 11/12/2018 15:22:00				
				Senha						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1 DIETA LIVRE	0,0			ORAL			
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H	AT
3 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	8,0	ML		E.V.		8/8H	27 23 05 11
4 CAPTOPRIL 25 MG	25,0	MG		ORAL		AGORA	27 05 05
5 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24H	AT
6 OMEPRAZOL	40,0	MG		ORAL		1X AO DIA	27 23 05
7 GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 18ML)	10,0	ML		E.V.		AGORA	AT
8 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	27 05 05
9 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	27 05

1	DIETA LIVRE	0,0			ORAL			
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H	AT
3	ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	8,0	ML		E.V.		8/8H	27 23 05 11
4	CAPTAPRIL 25 MG	25,0	MG		ORAL		AGORA	27 05 05
5	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24H	AT
6	OMEPRAZOL	40,0	MG		ORAL		1X AO DIA	27 23 05
7	GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 18ML)	10,0	ML		E.V.		AGORA	AT
8	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	27 05 05
9	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	27 05

Reimpresso por: -  
da: -

PA-130x90 mm 149

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

12 MAR. 2019

BRUNO DE CARVALHO  
CRM: 10075  
AG. JOÃO PESSOA

Danielle Fernandes Nobrega  
COREN-PB 202709 - ENF

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO		Data de 16/04/1984		Idade 34a 7m 24d		Sexo MASCULINO		Nº 1128340		Nº Prontuário 99887		Data Prescrição 10/12/2018 15:22:22	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 10/12/2018 15:22:00 - 11/12/2018 15:22:00		Matrícula		Senha		Data: 10/12/18 15:22		Usuário: BRUNO DE LUNA	
Convenio SUS										Boletim 1128340			

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrada: 10/12/2018 10:18:03	Data da internação:	Permanência na 5h 4min	Permanência no
					Via de	Veloc. Int.	Pos	Aproximamento
1	DIETA LIVRE	0,0						
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		ORAL			
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		8/8H	
3	ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	8,0	ML					
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.		8/8H	
4	CAPTOPRIL 25 MG	25,0	MG					
5	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		ORAL		AGORA	
				Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200				
6	OMEPRAZOL	40,0	MG		E.V.		24H	
7	GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML)	10,0	ML		ORAL		1X AO DIA	
				Observação: EM JEJUM, PELA MANHÃ				
8	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		EV		8/8H	
9	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG					
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		12/12H	

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

BRUNO DE LUNA ROMA 12 MAR. 2019  
CRM: 10075

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

RECIBO DE RECEBIMENTO  
10/12/2018 10:18:03

Reimpresso por: -  
dia: 10/12/2018 15:22:22  
Tir Bruno de Luna Rom. MEDICO CRM PB 10075

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Cruz Vermelha Brasileira** HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEVADOR H

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição			
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO		16/04/1984		34a 7m 24d		MASCULINO		1128340		99887		10/12/2018 10:55:47			
Motivo do Atendimento		Enfermeira / Leito													
Convenio		Matricula		Validade da Prescrição											
SUS				10/12/2018 10:55:00 - 11/12/2018 10:55:00											
Senha															
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de Uso		Via de		Veloc. Int.		Pos		Aproximamento	
1		DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		2,0		NIL				E.V.				6/6H	
Data da entrada:		10/12/2018 10:18:03		Data da internação:		38min		Permanência na		Permanência no					

Reimpresso por -  
dia -

BRUNO DE LUNA ROMA  
CRM: 10075

Dr. Bruno de Luna Roma  
CRM: 10075

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Bruno de Luna Roma  
CRM: 10075







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Markson Augusto Martins de Araujo  
DATA DE NASCIMENTO 16/04/84  
NOME DA MÃE Rita de Araujo Augusto

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99887  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1131553  
DATA DO ATENDIMENTO 26/12/18  
HORA DO ATENDIMENTO 00:25  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda  
CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo bombeiro, com história de queda de moto, queixa de dor em ombro, cefaleia e cervicalgia, refere amnesia e uso de bebida alcoólica, refere internação neste serviço por fratura de clavícula há 3 dias, tendo recebido alta há 1 dia, glasgow 14, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical  
RX ombro E.

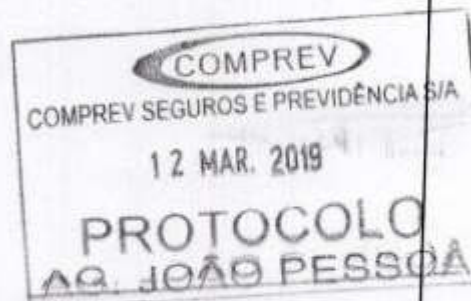
### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades  
RX: fratura de clavícula.

### TRATAMENTO:

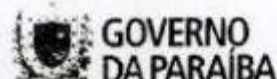
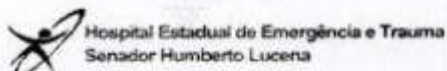
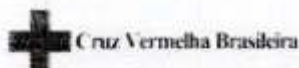
Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 05/01/19  
DATA DA EMISSÃO: 01/03/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1131553



### Identificação do paciente

ID 1068830	Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34 anos 8 meses 10 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe RITA DE ARAUJO AUGUSTO	Religião CATOLICA	Prontuário 99887
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai MARTINS AUGUSTO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987112025	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 06313081173	Nº Cns 700406939057642
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR

### Endereço

CEP 58088670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SETE DE SETEMBRO
Número 06	Complemento	Bairro OUTEIRO	

### Admissão

Data e Hora 26/12/2018 00:25:52	Número da pulseira 1000006843013	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente com história de queda de moto, queda de dor em ombro D. Exame e radiografia.						
Diagnóstico						CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA						Tempo 32seg

Imprimir





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	BAE	1131553	Data/Hora Entrada	26/12/2018 00:25:52	Data Baixa	
Data de nascimento	16/04/1984	Idade	34a 8m 10d	Sexo	Masculino	CNS	700406939057642
Mãe	RITA DE ARAUJO AUGUSTO	Telefone de Contato	(83) 987112025	Prontuário	99887		
Endereço	SETE DE SETEMBRO, 06	Bairro	OITZEIRO	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional	7118/PB
Data/Hora Classificação	26/12/2018 00:25:52	Data/Hora Prescrição	26/12/2018 02:11:26				

### Anamnese

RATURA CLAVICULA  
TERNAMENTO

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRII, 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ;  
AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 12 MAR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
--

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>		BAE <b>1131553</b>	Data/Hora Entrada <b>26/12/2018 00:25:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/04/1984</b>	Idade <b>34a 8m 10d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700406939057642</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987112025</b>
Mãe <b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>			Prontuário <b>99887</b>	
Endereço <b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>		Bairro <b>OITIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>	Nº Cons. Regional <b>7104/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/12/2018 00:25:52</b>			Data/Hora Prescrição <b>26/12/2018 02:00:39</b>	

**Anamnese**

ACIDENTE TRAZIDO PELO CB EM PROTOCOLO COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO DIREITO, CEFALÉIA E CERVICALGIA. REFERE AMNESIA E USO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE INTERNAÇÃO NESSE SERVIÇO POR FRATURA EM CLAVICULA ESQ HÁ 3 DIAS, TENDO RECEBIDO ALTA HOSPITALAR HÁ 1 DIA.

AO EXAME: LOTE, EUPNEICO, GLASGOW 14, SEM DÉFICIT. PUPILAS ISOCORICAS E FOTOREAGENTES.

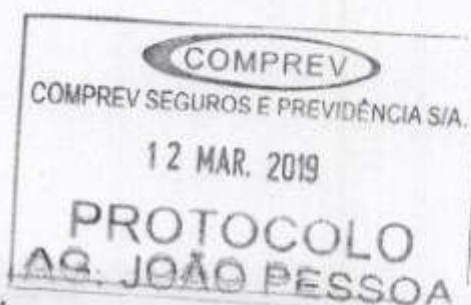
TC CRANIO E COL. CERVICAL SEM LESÕES NEUROCIRURGICAS AGUDAS

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA. RETIRAR COLAR CERVICAL.

**Conduta**

Em observação

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
(CRM: 7104/PB)



## Conduta

Internar Paciente

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA  
(CRM: 7118/PB)

Tranq. MSE.

Roberto Pires de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 7118-1





SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Emerson Augusto Martins de Araújo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1131553

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/04/1984

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Ex 35 TMC.  
 Tiro deurchim N° 1.50 (curva) Parafusos Cortical  
 " " N° 2.00 " Parafusos Cortical N° 18  
 uma placa e 08 furos " " " N° 24  
 Oito furos numa Buseca.  
 2 agulha de pleto A-50 " " " N° 18  
 " " " N° 24  
 " " " N° 22

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

COMPREV

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

12 MAR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO FESBOA





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEETSWL

NOME: **MARKSON AUGUSTO DE ARAÚJO** BE/PRONTUÁRIO: **1104755**  
IDADE: **25** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **3/1/2019**  
CLÍNICA / SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA**  
CIRURGIÃO: **DR. RAIFF SOARES** 1º ASS: **DR ROBERTO CORREIA**  
2º ASS: **MR2 VICTOR** 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DR. DIOGO**  
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO + SEDA.** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

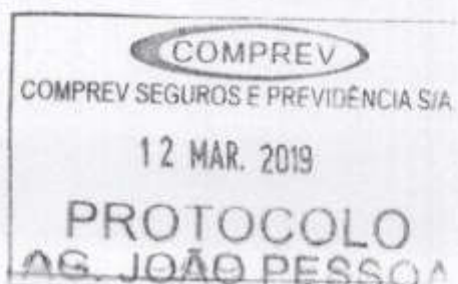
TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **3/1/2019**









# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/10/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Marcos Augusto Pires de Almeida

SEXO: M COR: B

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

RISCO CIRÚRGICO (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL LUC

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA: Histerectomia vaginal e ovariectomia bilateral

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 10:40

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

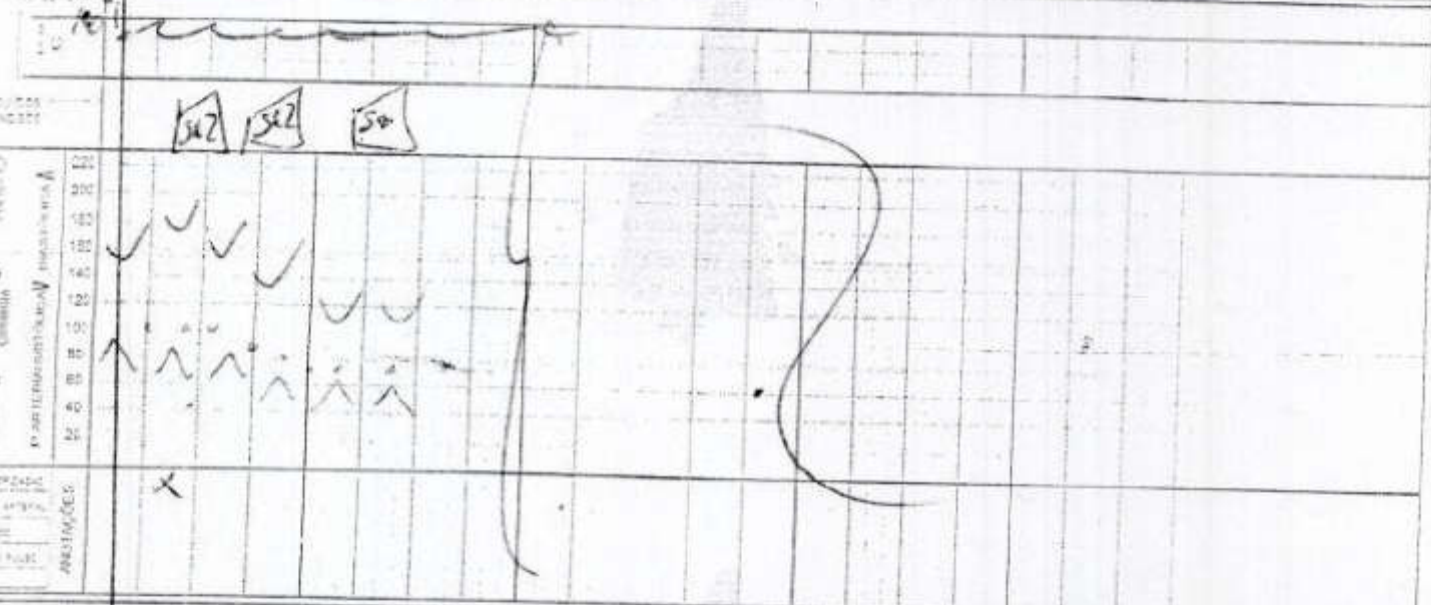
VALORES RS

ANESTESISTA: Daniel

CPF: 011.687.147-0

CRM-PB 7562

ANESTESIA



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

1. Lidocaína 2% 5ml	11. Lidocaína 2% 5ml
2. Propofol 100mg	12. Lidocaína 2% 5ml
3. Fentanyl 100mcg	13. Lidocaína 2% 5ml
4. Lidocaína 2% 5ml	14. Lidocaína 2% 5ml
5. Lidocaína 2% 5ml	15. Lidocaína 2% 5ml
6. Propofol 100mg	16. Lidocaína 2% 5ml
7. Fentanyl 100mcg	17. Lidocaína 2% 5ml
8. Lidocaína 2% 5ml	18. Lidocaína 2% 5ml
9. Lidocaína 2% 5ml	19. Lidocaína 2% 5ml
10. Lidocaína 2% 5ml	20. Lidocaína 2% 5ml

ASSINATURA DO ANESTESISTA

COMPREV  
12 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AD. JOAO PESSOA  
Daniel Albuquerque M.D.  
Anestesiologista  
Terapia da Dor  
CRM-PB 7562



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB CADEIRA TIPO CADEIRA DE PRAIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA
Achados:
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA EM TERÇO MEDIAL, COM PLACA DCP E CERCLAGEM ESTABILIZANDO TERÇO LATERAL
Condução:
DISSECÇÃO + HEMOSTASIA CRITERIOSA
DIVULSAO DA FASCIA
VISUALIZAÇÃO DIRETA DA FRATURA E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
FIXAÇÃO PROVISORIA COM FK N 2
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 8 FUROS E PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 E ESPONJOSOS
REVISAO DA HEMOSTASIA
LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
TIPOIA M-J
Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

3/1/2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

1405268251

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISOR UF  
2741904 SSDS PB

CPF 058.103.344-23 DATA NASCIMENTO 16/04/1984

FUNÇÃO  
MARTINS AUGUSTO  
RITA DE ARAUJO AUGUSTO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB AD

Nº REGISTRO 06313081173 VALIDEZ 20/11/2019 1ª HABILITAÇÃO 03/03/2015

OBSERVAÇÕES

Markson Augusto Martins de Araujo



DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
VIA - COD RENAVAM 201800000464295  
1 0116795465-0 00/00000000 2018

ROSA SOUSA DOS SANTOS

05672682413  
PLACA ANTEF  
NOVO PB  
PLACA QSA4660/PB

9C6RG3140J0023029  
CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  
ESPECIE TIPO  
COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED  
MARCA/MODELO  
ANO FAB 2018

2 P/149 /CI  
CAP/POT/CIL  
CATEGORIA  
COR PREDOMINANTE  
PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000  
VENC COTA UNICA  
1º  
2º  
3º  
VENC/COTAS

PREMIO TARIFARIO  
IOF (R\$)  
PREMIO TOTAL (R\$)  
DATA DE PAGAMENTO  
09/10/2018

A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA  
OBSERVAÇÕES

JOAO PESSOA-PB  
DATA  
11/10/2018

PB Nº 014082488339 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/10/2018

VIA 1 05672682413 CPF/CNPJ PLACA QSA4660/PB

01167954650 RENAVAM YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

ANO FAB 2018 CAT TRAF 9 Nº CHASSI 9C6RG3140J0023029

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) \*\*\*\*\*  
DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
IOF (R\$) SEGURO

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO  
DATA DE OUTRAÇÃO 09/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1210347-20181011

8102-0



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190199509 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3170374315) EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO OMBRO ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

*Murken Augusto Martins da Silva*

DATA DO ACIDENTE

*10/12/2018*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

*Vítima*

VÍTIMA É

*Murken Augusto Martins da Silva*

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- ( ) BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DA INDEMNIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS COMO COMPROVAÇÃO DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

*Des. João Carlos de Moraes*

*10/12/2018*

*Des. João Carlos de Moraes*

*10/12/2018*

*Des. João Carlos de Moraes*

*10/12/2018*

*Des. João Carlos de Moraes*

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDEMNIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE - R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA *Murken Augusto Martins da Silva*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190199509 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3170374315) EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO OMBRO ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087539/19

**Vítima:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

**CPF:** 058.103.344-23

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/12/2018

**Titular do CPF:** MARKSON AUGUSTO  
MARTINS DE ARAUJO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO : 058.103.344-23**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019  
Nome: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO  
CPF: 058.103.344-23

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





( / )



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

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 na data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190199509 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez




PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 05810334423

Posição em 28-08-2019 11:06:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/05/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/R7aWs__mjB__Gr1NpNxcapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y=)
22/03/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/unRp+LcuR__xgFqDpEapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y=)
16/03/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Mc9TLSAX2BGVQIamJRCapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

## ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)<https://www.seguradoralider.com.br>

(<https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)  
(<https://twitter.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)  
([https://www.youtube.com/channel/UCqBzFgBr4TmDpVat\\_oficial/](https://www.youtube.com/channel/UCqBzFgBr4TmDpVat_oficial/))  
I%C3%ADder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento



- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)